

Anu Lumimäki

**TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN VERTIKAALINEN YHTEISTYÖ
PALVELUIDEN INTEGRAATION EDELLYTYKSENÄ**

Pro gradu -tutkielma

Hallintotiede

Kevät 2021

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Terveydenhuollon ammattilaisten vertikaalinen yhteistyö palveluiden integraation edellytyksenä

Tekijä: Anu Lumimäki

Koulutusohjelma/oppiaine: Hallintotiede

Työn laji: Pro gradu –työ _x_ Licensiaatintyö __

Sivumäärä: 88

Vuosi: 2021

Tiivistelmä:

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla millaisia vertikaalisen yhteistyön tarpeita perusterveydenhuollossa on lasten somaattisten sairauksien hoidossa palveluiden integraation näkökulmasta. Vertikaalisella yhteistyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä ammattilaisten yhteistyötä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla miten näihin yhteistyön tarpeisiin voidaan vastata. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu palveluiden integraation ja vertikaalisen yhteistyön käsitteistä.

Suomen terveydenhuoltolain ohjeistus palvelujen yhdenvertaisesta järjestämisestä ja saatavuudesta sekä Suomen hallituksen tavoite lapsiperheiden palveluiden parantamisesta ovat perusteena tälle tutkimukselle. Aiempi integraatiotutkimus käsittelee palveluiden integraatiota asiakas- sekä palvelurakenteiden näkökulmasta, jonka vuoksi on tieteellisesti perusteltua tutkia palveluiden integraatiota ammattilaisten näkökulmasta. Kyseessä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen lähestymistapa on tapaustutkimus ja aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Tutkimuksen kohdeorganisaationa toimi Lapin sairaanhoitopiiri ja empiirinen aineisto kerättiin Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollosta. Tutkimuksen aineisto koostuu teemahaastatteluista, jotka tehtiin yhteensä kuudelle perusterveydenhuollossa työskentelevälle terveydenhoitajalle ja lääkärille.

Tulosten perusteella palveluiden integraatio ei voi toteutua onnistuneesti ilman ammattilaisten toimivaa vertikaalista yhteistyötä. Tutkimustulosten mukaan perusterveydenhuollon tarpeet erikoissairaanhoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvät vahvasti tiedon ja osaamisen laajentamiseen. Perusterveydenhuollon ammattilaiset ovat kiinnostuneita yhtenäistämään myös hoidon sisältöä eli toimintatapoja ja käytänteitä. Perusterveydenhuollossa on tarve päivittäiseen työhön liittyvään kollegiaaliseen tukeen, mitä tämän hetkisen yhteistyön rajapinnat eivät tarjoa. Erikoissairaanhoidon palveluita nähtiin mahdollisena toteuttaa joko osittain tai kokonaisuudessaan integroituna perusterveydenhuollon yksikköön. Vertikaalisen yhteistyön kehittämisellä ja palveluiden integraatiolla nähtiin saavutettavan hyötyä asiakkaalle, ammattilaisille, organisaatiolle sekä laajemmin terveydenhuoltojärjestelmälle ja yhteiskunnalle. Palvelut tuotettaisiin asiakkaalle oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti. Haasteena yhteistyölle ja integraatiolle nähtiin muun muassa resursointiin sekä henkilöstön vaihtuvuuteen liittyvät seikat. Tutkimus kytkeytyy palvelutieteen kolmannen sukupolven näkökulmaan, jossa palveluorganisaatioita tarkastellaan niiden riippuvuuksien kautta järjestelmäympäristöön. Palvelutieteen näkökulma korostaa palveluiden integraation edellyttämää yhteistyötä sekä palveluiden tarkastelemista kokonaisuuksina.

Avainsanat: integraatio, palveluiden integraatio, vertikaalinen yhteistyö, moniammatillinen yhteistyö, palvelutiede

x Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän omia henkilötietoja.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
1.1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	5
1.2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	9
1.3 AIEMMAT TUTKIMUKSET JA RAPORTIT	10
2 PALVELUIDEN INTEGRAATIO	15
2.1 INTEGRAATIOTUTKIMUKSEN TAUSTAA	15
2.2 INTEGRAATIO KÄSITTEENÄ	17
2.2.1 <i>Integroitu hoito</i>	18
2.2.2 <i>Palveluiden integraation käsite</i>	21
2.3 INTEGRAATION RISKIT JA HAASTEET	23
2.4 INTEGRAATION KEHITYS SUOMESSA JA POHJOISMAISSA	25
3 VERTIKAALINEN YHTEISTYÖ	27
3.1 AMMATTILAISTEN VÄLINEN YHTEISTYÖ	27
3.2 YHTEISTYÖN EDELLYTYKSET JA HAASTEET	32
3.3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PALVELUIDEN INTEGRAATION EDELLYTYKSENÄ	36
3.4 YHTEENVETO TEOREETTISESTA VIITEKEHYKSESTÄ	37
4 AINEISTO JA ANALYYSI	39
4.1 TUTKIMUSMENETELMÄ	39
4.2 TUTKIMUSAINEISTO	42
4.2.1 <i>Tutkimuskohde ja -tapaus</i>	42
4.2.2 <i>Lasten ja nuorten palvelut kontekstina</i>	42
4.2.3 <i>Empiirinen aineisto</i>	45
4.3 AINEISTON ANALYYSI	46
4.4 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	47
5 TUTKIMUSTULOKSET	50
5.1 LÄHTÖKOHTIA VERTIKAALISEEN YHTEISTYÖHÖN	50
5.1.1 <i>Pitkät välimatkat ja väestön pienuus</i>	50
5.1.2 <i>Yhteistyöllä tietoa ja tukea perusterveydenhuoltoon</i>	52
5.1.3 <i>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön rajapinnat</i>	55
5.2 YHTEISTYÖN TARPEET PALVELUIDEN INTEGRAATION NÄKÖKULMASTA	57
5.2.1 <i>Koulutukset ja yhteistyöpäivät tiedon jakamisen menetelmänä</i>	57
5.2.2 <i>Tutustumiskäynnit ja yhteispalaverit osaamista vahvistamassa</i>	59
5.2.3 <i>Yhteistyöllä yhtenäiset käytännöt ja ajantasainen tieto</i>	61
5.2.4 <i>Erikoissairaanhoidon tuki palveluiden integraatiossa</i>	63

5.2.5 Yhteistyön ja palveluiden integraation menetelmät	65
5.3 PALVELUIDEN INTEGRAATION HYÖDYT JA HAASTEET.....	69
5.3.1 Yhteistyöllä ja palveluiden integraatiolla tehokkuutta terveydenhuoltoon	69
5.3.2 Hoidon jatkuvuudella terveyshyötyä ja laatua palveluihin	71
5.3.3 Henkilöstö ja resursointi palveluiden integraation edellytyksenä ja haasteena	73
5.3.4 Osaamisen haaste ja muutosvastarinta.....	75
6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	78
6.1 TULOSTEN YHTEENVETO	78
6.2 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	81
LÄHTEET	84

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Tämän tutkimuksen aiheena on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vertikaalinen yhteistyö ja palveluiden integraatio perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Suomen terveydenhuoltolaki korostaa vahvasti näiden kahden terveydenhuoltojärjestelmän tasojen välistä yhteistyötä ja integraatiota ohjaamalla sairaanhoitopiirin kuntayhtymiä vastaamaan alueillaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti sekä muodostamaan palveluistaan toiminnallisen kokonaisuuden (Laki terveydenhuollosta 1326/2010 33§). Palveluiden integraatio on viime vuosina noussut hyvin ajankohtaiseksi aiheeksi julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisessä (Halme & Tiirinki 2019; Koivisto, Pohjola, Lyytikäinen, Liukko & Luoto 2016, 6). Vuosia kehitteillä olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella yritetään vastata väestön ikääntymisen ja palveluverkoston monimutkaisuuden haasteisiin. Pitkäaikaissairauksien lisääntynyt kuormitus erikoissairaanhoidossa tulisi saada jaettua tasaisemmin perusterveydenhuoltoon. Lasten ja nuorten palveluissa palveluverkoston hajanaisuus ja tiedon jakamisen haasteet vaativat kehittämistoimia. Olemassa olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmällä syntyy nyt päällekkäisiä toimintoja, jotka lisäävät kustannuksia. Toiminta vaatii tehostamista ja asiakkaan näkökulmasta palveluiden sujuvoittamista. (Heinonen, Ikonen, Kaivosoja & Reina 2018; Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017.)

Lappi, laajana maakuntana, on erityisen haasteellinen ja pitkät välimatkat korostavat palveluiden integroimisen tärkeyttä. Kehittämällä palvelujärjestelmää, erilaisten konsultaatio- ja tukimuotojen avulla, asiakkaalla olisi mahdollista saada tarvitsemansa palvelu mahdollisimman lähellä asuinpaikkaa. Suomen terveydenhuoltolain mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan (Laki terveydenhuollosta 1326/2010 10§). Tämä lakipykälä sekä yhteiskunnallinen tavoite palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ovat perusteena tälle tutkimukselle. Tutkimus tuottaa tietoa näiden konsultaatio- ja tukimuotojen järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäjille. Pitkät välimatkat erityisesti erikoissairaanhoidon palveluihin hidastavat palve-

lun saamista sekä aiheuttavat lisäkustannuksia väestöperustaisesti tarkasteltuna. On tietysti olemassa palveluita, joita ei voida integroida niiden vaatiman erityisosaamisen vuoksi. Siksi palveluiden integroimisessa tulee lähteä ammattilaisten näkökulmasta kuvaamaan tuen tarpeita. Ammatillaiset näkevät työssään ne konkreettiset haasteet, jotka voisivat olla ratkaistavissa esimerkiksi vertikaalisen yhteistyön menetelmin palveluiden integraation näkökulmasta. Aiempi integraatiotutkimus käsittelee palveluiden integraatiota asiakasnäkökulmasta sekä palvelurakenteiden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa lähtökohtana on ammattilaisten välinen vertikaalinen yhteistyö palveluiden integraation näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa palveluiden integraatiolla tarkoitetaan erityispalveluiden integroimista perustasolle erikoissairaanhoidon järjestämisen tuen avulla. Erikoissairaanhoidon tuki toteutetaan ammattilaisten välisellä vertikaalisella yhteistyöllä. Palveluiden integraatiolla tarkoitetaan yleisellä tasolla yhtenäistä palvelukokonaisuutta, jossa keskeistä on asiakaslähtöinen toimintamalli (Virtanen ym. 2017, 6). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatiolla Halme ja Tiirinki (2019, 2) määrittelevät tarkoitettavan toisiinsa läheisesti liittyvien, toisistaan riippuvien ja toisiaan tukevien asioiden yhteensovittamista. Ammattilaisten välisellä yhteistyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välistä moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisella yhteistyöllä, josta tässä tutkimuksessa käytän käsitteellistä ilmaisua vertikaalinen yhteistyö, tarkoitetaan esimerkiksi verkostojen yhteistoimintaa, viranomaisten keskinäistä yhteistyötä tai organisaatioiden sisäisiä tai ulkoisia yhteistyön muotoja (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 12-15). Haluan painottaa vertikaalisen yhteistyön ilmaisulla moniammatillisen yhteistyön suuntaa järjestelmän eri tasoilla ja kohdentaa näin näkökulmaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintoihin. Tällä ilmaisulla rajaan tutkimuksen ulkopuolelle ammattilaisten välisen horisontaalisen moniammatillisen yhteistyön. Käsitteenä moniammatillinen yhteistyö ja ammattilaisten vertikaalinen yhteistyö tarkoittavat kuitenkin samaa asiaa. Sekä palveluiden integraation käsitteestä että vertikaalisen yhteistyön käsitteestä on olemassa useita käsitteellisiä ilmaisuja ja eri lähteiden viitteissä käytän aina alkuperäislähteen käyttämää käsitettä.

Tämä pro gradu tutkielma on tapaustutkimus palveluiden integraatiosta lasten somaattisessa erikoissairaanhoidossa Lapin sairaanhoitopiirissä. Somaattisilla sairauksilla tarkoitetaan ruumiillisia tai elimellisiä sairauksia, jotka ovat siis vastakohta henkisille eli psyykkisille sairauksille. Tutkimusaihe painottuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon am-

mattilaisten väliseen vertikaaliseen yhteistyöhön. Perusterveydenhuollon tutkimuskohteena on Muonio-Enontekiö alueen lasten ja nuorten perusterveydenhuolto. Alueen erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Lapin keskussairaala Rovaniemellä. Oman mielenkiintoni lisäksi aihe tukee meneillään olevaa Suomen hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja rakenteiden uudistusta. Tutkimus tuo tietoa Sanna Marinin hallitusohjelman tavoitteeseen lapsiperheiden palveluiden parantamiseksi (Hallitusohjelma 2020). Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla, millaisia vertikaalisen yhteistyön tarpeita perusterveydenhuollossa on lasten somaattisten sairauksien hoidossa palveluiden integraation näkökulmasta. (Lapin sairaanhoitopiiri 2021.)

Aihe on valtakunnallisesti ajankohtainen, sillä uuden hallituksemme sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja rakenteiden uudistus käynnistyi uudelleen vuonna 2020. Sanna Marinin hallitusohjelmassa on yhtenä tavoitteena lapsi- ja perheystävällisyyden edistäminen ja siellä erityisesti lapsiperheiden palveluiden parantaminen ja toimeentulon turvaaminen. Tavoitteena on jatkaa jo edellisellä kaudella alkanutta lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa. Lisäksi hallitusohjelmassa on tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parantaminen. Hallitus on käynnistänyt tulevaisuuden sote-keskusten kehittämisohjelman, joka nivoutuu yhteen sote-rakenneuudistuksen valmistelun ja toimeenpanon kanssa. Tavoitteena on kehittää moniammatillisia sosiaali- ja terveystieteitä, joissa hyödynnetään digitalisointia sekä tuodaan vastaanotto toimintaan uudella työnjaolla eri ammattilaisten työpanosta ja erityistason konsultaatioita. Terveydenhuollon painopistettä on tarkoitus siirtää näillä keinoilla erikoissairaanhoidosta perustasolle. (Hallitusohjelma 2020.)

Hallintotieteen näkökulmasta palveluiden integraatio kytkeytyy vahvasti palvelutieteeseen. Palvelutieteen tavoitteena on tuottaa laadullisesti uutta tietoa palveluiden yhteiskunnallisesta merkityksestä. Sosiaali- ja terveystieteiltä vaaditaan vakaata suoritustasoa ja näiden organisaatioiden on kyettävä monipuoliseen luovaan vuorovaikutukseen niin asiakkaiden ja henkilöstön kuin erilaisten sidosryhmienkin kanssa. Palveluiden integraatio perustuu tähän vuorovaikutukseen ja sitä kautta myös ammattilaisten yhteistyöhön. Harisalo (2013) kuvaa palvelutieteen kolme sukupolvea, jotka kuvastavat hyvin julkisten sosiaali- ja terveystieteiden kehityskaarta. Palveluiden integraation voidaan ajatella olevan jatkumoa tälle kehitykselle julkisissa palveluissa, jossa myös asiakkaan rooli on muuttunut ja parhaimmillaan palveluita tuotetaan uuden julkisen hallinnon (New Public Management) mu-

kaisesti yhteistuotantona. Palvelutieteen kautta voidaan kiteyttää tämän tutkimuksen merkitys hallintotieteen tutkimukselle. (Harisalo 2013, 32-54.)

Tutkimus palveluiden integraation ympärillä on viime vuosina lisääntynyt sekä Suomessa että kansainvälisesti. Hallintotieteellistä tutkimusta aiheesta on vielä melko vähän. Integraatiotutkimusta on tehty hallintotieteiden lisäksi ainakin politiikkatieteissä. Integraatiota on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta eri käsitteillä. Sitä on tutkittu muun muassa yhteistyön, koordinaation ja valinnan vapauden näkökulmasta. Integraatiotutkimus yhdistyy moniammatillisen yhteistyön tutkimukseen ja koordinaation käsitettä on käytetty viitaten sekä integraatioon että moniammatilliseen yhteistyöhön. Sekä yhteistyöhön että integraatioon liittyen tutkimuksessa ovat painottuneet järjestelmän ja julkisten palveluiden eri tasot. Tutkimuksista löytyy erilaisia luokituksia integraatiolle ja useissa on käyty läpi integraation tuottamia hyötyjä palvelujärjestelmälle. Suomessa palveluiden integraatiota on kuitenkin useimmiten tarkasteltu asiakkaan näkökulmasta, erityisesti paljon palveluita käyttävän asiakkaan näkökulma korostuu kotimaisissa tutkimuksissa. (Ylitalo-Katajisto 2019.)

Kansainvälisessä aineistossa näkökulma oli sekä ammattilaisten yhteistyössä että paljon palveluita käyttävän asiakkaan palveluiden integroimisessa. Yhdysvaltalaiset tutkimuksissa painottui sairaaloiden ja lääkäreiden vertikaalisen integraation mukanaan tuoma kustannusten sekä hintojen nousu, joka perustuu kyseisen valtion terveydenhuollon järjestämisen erilaisuuteen Suomeen verrattuna. Yksityisellä terveydenhuollolla on Yhdysvalloissa valitseva asema terveystalveluiden tuottajana, kun taas Suomessa yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluita. Suomessa on meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa painotettu enemmän hallinnon rakenteiden uudistamista, joten toiminnallisen integraation merkitys on jäänyt sen varjoon tai sitä ei ole ehditty vielä suunnitella. Hallinnollisen integraation onnistuminen edellyttää kuitenkin myös toiminnallisen integraation toteutusta, joten toiminnallisen integraation tutkimus on Suomessa tällä hetkellä hyvin ajankohtaista. Aiemman, etenkin kotimaisen, tutkimustiedon perusteella on relevanttia tehdä tutkimus, joka painottuu ammattilaisten yhteistyöhön. Edellisen hallituksen aikana Lapin alueella kehitettiin palveluiden integraatiota lapsi- ja perhepalveluiden osalta LAPE-hankkeen toimesta. Lasten erikoissairaanhoidon osalta hanke koskettti pääasiassa psykiatrian erikoisalaa sekä esimerkiksi astman, diabeteksen ja lihavuuden hoitoa lasten somatiikan erikoisalalta. Kokonaisvaltainen lasten somaattisten sairauksien palveluiden

integraation tarkastelu on näin ollen ajankohtainen ja perusteltu tutkimusaihe. (Halme & Tiirinki 2019; Heinonen ym. 2018.)

1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla millaisia vertikaalisen yhteistyön tarpeita perusterveydenhuollossa on lasten somaattisten sairauksien hoidossa palveluiden integraation näkökulmasta. Vertikaalisella yhteistyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä ammattilaisten yhteistyötä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla miten näihin yhteistyön tarpeisiin voidaan vastata. Tutkimuksen viitekehikseksi valikoitui vertikaalinen yhteistyö, koska palveluiden integraatio ei voi toteutua onnistuneesti ilman ammattilaisten toimivaa yhteistyötä. Koska terveydenhuollon painopistettä pyritään siirtämään erikoissairaanhoidosta perustasolle, palveluiden integraatio täytyy aloittaa selvittämällä perustason tuen tarpeet ammattilaisten näkökulmasta. Näiden tarpeiden selvittäminen on edellytys toimivalle integraatiolle, joka rakentuu ammattilaisten välisen yhteistyön avulla todellisista lähtökohdista ja näin palveluiden integraatiolla saavutetaan sille asetetut tavoitteet. Palvelut tuotetaan asiakkaalle oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti.

Tutkimustehtävä: Millaista erikoissairaanhoidon tukea perusterveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset, tarkemmin neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja terveystieteissä työskentelevät, kokevat tarvitsevänsä? Miten vertikaalisen yhteistyön avulla lasten somaattisten sairauksien erikoissairaanhoidon palveluita voidaan integroida terveydenhuollon perustasolle?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa perusterveydenhuollon tuen tarpeista lasten somaattisten sairauksien hoidossa, erikoissairaanhoidon palveluiden integroimiseksi perustason palveluihin. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa muillekin erikoisaloille. Tutkimus tuottaa tietoa erityisesti kohdeorganisaation palveluiden integraatioon sekä laajemmassa mittakaavassa muihinkin Suomen sairaanhoitopiireihin. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätyn aineiston perusteella tuottaa tietoa erikoissairaanhoidon tuen järjestämiseksi perustason palveluihin. Tutkimus tukee Marinin hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollolle asettamia

tavoitteita hallitusohjelman mukaisesti. Tutkimus vastaa lapsiperheiden palveluiden parantamisen tavoitteeseen sekä tukee erityistason tuen järjestämisen tavoitetta terveydenhuollon painopisteen siirtämiseksi erikoissairaanhoidosta perustasolle. (Hallitusohjelma 2020.)

Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollon toimijoita terveyskeskuksista, kouluterveydenhuollosta ja neuvoloista. Haastateltavina oli lääkäreitä ja terveydenhoitajia. Muonio-Enontekiö alue valikoitui tutkittavaksi kohteeksi sijaintinsa vuoksi, pitkät välimatkat ovat yksi peruste sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroimiseksi eri menetelmin erityistasolta perustasolle. Asiakaslähtöisyyden lisäksi integraatio myös tehostaa toimintaa ja vähentää kustannuksia, kun palvelut pyritään järjestämään mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinpaikkaa eikä käyntejä erikoissairaanhoidon toimipisteessä tarvita niin usein. (Taskinen & Hujala 2020.)

Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa tutkittavassa organisaatiossa vallitsevasta todellisuudesta ja tuoda ilmi ihmisten käsityksiä. Kvalitatiivinen tutkimus ei mittaa asioita tai todenna olemassa olevia totuusväittämiä, vaan pyrkii löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Empiirisenä aineistona tässä tutkimuksessa on haastatteluaineisto. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, jolloin haastattelun aihepiiri rajattiin ennakkoon käsittelemään palveluiden integraatiota ja vertikaalista yhteistyötä lasten somaattisten sairauksien osalta. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, jossa aineiston analyysia ohjaa valmis, aikaisemman tiedon perusteella muodostettu teoria tai käsitejärjestelmä. Teoriaohjaavan analyysin päättelyn logiikka on abduktiivista päättelyä eli tutkijan ajatteluprosessi, jossa vuorottelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit, teoreettiset käsitteet. Tulosten raportointi on myös teoriaohjaavaa. Lisäksi analyysissa pohditaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-123.)

1.3 Aiemmat tutkimukset ja raportit

Palveluiden integraatioon liittyviä tutkimuksia asiakasnäkökulmasta löytyy runsaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa erityisesti paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan näkökulma painottuu ja palveluiden integraatiota kehitetään etenkin tämän asiakasryhmän

kohdalla. Syy tähän on tietysti se, että vaikka paljon palveluita käyttäviä asiakkaita on vähemmän kuin vähän palveluita tarvitsevia, edellä mainitut aiheuttavat suuria kustannuksia kunnille. Tämän takia näiden ryhmien palveluita kehittämällä saadaan tehokkaimmin säästöjä kuntien terveydenhuoltokuluihin. Lisäksi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palveluiden keskittäminen helpottaa näiden asiakkaiden elämää, kun palvelut järjestetään keskitetysti. Tässä tutkimuksessa painottuu enemmän ammattilaisnäkökulma. Tutkimukseni tarkasteleekin ammattilaisten vertikaalista yhteistyötä palveluiden integraation näkökulmasta. Ammattilaisten yhteistyön kehittämisen hyödyt näkyvät kuitenkin myös hyötyinä asiakkaalle sekä organisaatiolle ja yhteiskunnalle. Tarkemmin rajattuna tutkimukseni rajautuu lasten somaattisten sairauksien erityispalveluiden integroimiseen perustasolle erikoissairaanhoidon tuella.

Kaattari, Tiirinki, Turkki, Nordström ja Taanila (2015) selvittivät, millainen on perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjä. Tutkimuksessa määriteltiin, mitkä tekijät perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjiä yhdistävät. Suurkäyttäjäksi määriteltiin henkilö, joka oli käyttänyt perusterveydenhuollon palveluita vähintään kahdeksan kertaa vuoden aikana. Tuloksista merkittävimmäksi tekijäksi palveluiden suurkäytölle osoittautui huonon terveydentilan kokeminen. Tutkimuksessa myös selvisi, että suurkäyttäjät käyttävät myös muita kuin lääkärin palveluita. Tutkimuksen perusteella voidaan osoittaa, että sosiaali- ja terveystalouksissa on kehitettävä sekä palveluketjuja että henkilöstön ohjaustaitoja. Suurkäyttäjien palvelut voivat olla osin päällekkäisiä, kun palvelut tarjotaan mahdollisesti eri yksiköissä ja eri tahojen toimesta. Tutkimus vahvistaa asiakkaan osallisuuden tärkeyttä ja kokonaisvaltaista palvelemista niin, että asiakkaan sosiaalisia verkostoja pyritään vahvistamaan ja itsenäiseen päätöksentekoon kannustetaan. Tätä päätelmää tukee asiakkaiden tuntemuksen vaikutus palveluiden käyttämisen määrään, kokemus huonosta terveydentilasta aiheuttaa ehkä ylimääräisiä palvelukäyntejä ja kuormittaa järjestelmää. Tuen tarjoaminen tarpeeksi lähellä asiakasta aikaisessa vaiheessa ohjaa asiakasta tarpeen mukaisiin palveluihin. Myös erikoissairaanhoidon tuki voi olla hyödyllinen asiakkaan palvelun tarvetta arvioitaessa. (Kaattari ym. 2015, 193-199.)

Ylitalo-Katajisto (2019) on väitöskirjassaan tutkinut paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöityä sosiaali- ja terveystalouksien integraatiota asiakasprofiileittain tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksessa oli profiloitu kuntalaisen ja paljon palveluja tarvitsevan asiakasprofiilit. Tutkimuksessa nostettiin esiin tietoperustaisen johtamisen nä-

kökulmasta peruste paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan yksilöityyn sote-palvelujen yhteen kokoamiseen ja sen edellyttämään monialaiseen sote-tietoon sekä tiedon liikkumiseen eri toimijoiden välillä. Tutkimuksessa painottuu vahvasti yksilöllisyys palvelujen integroimisessa sekä asiakasnäkökulma. Tietoperustaisuutta käsitellessä tutkimuksessa viitataan myös moniammatilliseen yhteistyöhön sote-integraatioissa. Näkökulma tässäkin on tiedon merkityksessä asiakasymmärryksen muodostumisessa. Ammattilaisten osuutta palvelujen integraatiossa tarkastellaan toimivan yhteistyön sekä tiedonkulun kautta. Teoreettisessa näkökulmassa korostuu palveluiden integroiminen tekemällä moniammatillista tiimityötä ja yhdistämällä sote-palveluja yhteisiin tiloihin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tarve ymmärtää paljon palveluita käyttäviä asiakkaita ja tunnistaa heidän käyttämänsä palvelut, sekä myös jakaa tämä tieto ammatillisten rajojen yli ja johtaa tietoperustaisesti. Asiakasprofiilien määrittäminen auttaa tunnistamaan paljon moniammatillisia sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asiakkaat, jotta hoitoa ja palveluita voidaan kehittää tehokkaammaksi. Väitöskirjan osatutkimuksessa esitetään jatkotutkimuksen aiheeksi ammattilaisten välisen yhteistyön ja sen laadun sekä tehokkuuden tutkiminen (Ylitalo-Katajisto, Törmänen, Tiirinki & Suhonen 2018, 371-378). Omassa tutkimuksessani näkökulmana on saada tietoa perusterveydenhuollon tarpeista palveluiden integroimiseksi erityistasolta perustasolle konsultoinnin tai muun vastaavan tuen avulla. Yhtäläistä tämän väitöstutkimuksen kanssa on ajatus siitä, että hallinnon integraation lisäksi tarvitaan toiminnallista integraatiota sote-palvelujen integraation onnistumiseksi. (Ylitalo-Katajisto 2019.)

Halmen ja Tiiringin (2019) mukaan toiminnallinen integraatio on sairaanhoitopiireissä ollut kehitteillä pitkään, toimintamalleja on ollut käytössä mutta ne eivät ole olleet riittävän kokonaisvaltaisia eikä kehittäminen ole ollut systemaattista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelu on ollut hyvänä edistäjänä toiminnallisen integraation valmisteluun ja käytännön toimintaan. Lasten ja perheiden palveluiden integraatiota erityisesti on edistänyt hallituksen LAPE-kärkihanke. Toiminnallisen integraation toimintamallit ja -edellytykset eri sairaanhoitopiireissä kertovat aineiston perusteella systemaattisen yhteensovittamisen olevan vielä kehitysvaiheessa. Myös toiminnallisen integraation valmistelu eri sairaanhoitopiirien välillä on vaihtelevaa. Aineistosta nousevia toiminnallisen integraation valmistelutapoja ovat edellytysten luominen onnistuneelle integraatiolle, integraation tilanneanalyysi ja osallistaminen. (Halme & Tiirinki 2019, 31-33.)

Esimerkkejä palveluiden integraation toimintamalleista löytyy Keskimäen, Sinervän ja Koiviston (2018) artikkelista. Artikkelissa esiteltiin Eksoten lasten ja nuorten talo, Siun soten terveys ja hyvinvointikeskus sekä Tesoman hyvinvointikeskus. Tesoman hyvinvointikeskuksen integraatiomalli oli näistä esimerkeistä ehkä moninaisin ja pisimmälle viety, sillä mukana olivat julkisen palvelun lisäksi yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut. Keskuksen toiminta pyrkii yhdistämään nämä palvelut asiakkaan parhaaksi. Yhteistuotanto perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa asiakas on keskeisessä asemassa. Varhainen ennaltaehkäisevä työ, asiakkaan omahoito ja digipalvelut ovat avainelementtejä tässä mallissa. Tesoman allianssimalli perustuu kaikkien toimijoiden yhteiseen sopimukseen, yhteisiin tavoitteisiin ja yhteisiin riskeihin. Allianssilla on myös yhteinen talous. Asiakas on toiminnan keskiössä ja toiminnalla on yhteiset tavoitteet sekä vastuut. Toiminnallisen integraation mallit ovat Suomessa käytössä vaihtelevasti. Useimmat lähtevät hallinnollisesta integraatiosta ja sen jälkeen tilojen sekä toimintojen yhdistämisestä sekä hoitopolkujen ja –prosessien uudistamisesta. Joissakin kunnissa on erilaisia integraation toimintamalleja jo toteutusvaiheessa. (Keskimäki ym. 2018, 681-685.)

Terveystenhuoltojärjestelmiä uudistetaan useissa maissa ympäri maailman. Asiakkaiden kompleksiset sosiaali- ja terveysongelmat edellyttävät palveluiden tehostamista integraation menetelmin moniammatillisten toimijoiden ja organisaatioiden kesken. Integroidun hoidon mallit suunnitellaan erilaisten potilaiden tarpeisiin, vertikaalisen ja horisontaalisen integraation kautta eri tasoille. Breton, Wankah, Guillette, Couturier, Belzile, Gagnon ja Denis (2019) ovat tutkimuksessaan tunnistaneeet huolia, yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia eri sidosryhmien näkökulmasta, jotka ovat osallistuneet keskitetyn järjestelmän laajuisen integroidun hoidon mallin implementointiin. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä oli niin kutsuttu integroidun hoidon sateenkaarimalli, joka perustuu integraation moniulotteiseen luonteeseen. Tutkimuksen mukaan potilaat ja omaishoitajat olivat enimmäkseen huolissaan heidän yksilöllisten tarpeiden huomiotta jäämisestä, kun taas päättäjät, johtajat ja palveluiden tuottajat olivat huolissaan integroidun hoidon rakenteellisista esteistä. Sidosryhmien eroavat näkökulmat olivat merkinä implementoinnin aukoista ylhäältä alas implementoinnissa. Järjestelmän laajuiset integraatiouudistukset käsittävät sateenkaarimallista rakenteellisen, organisatorisen, toiminnallisen ja normatiivisen muutoksen, mutta sen kliiniset muutokset eivät ole niin varmoja. Tutkimuksessa esitettiinkin päätelmävaihtoehtona järjestelmämuutosten asemoituminen kliinisten muutosten edelläkävijäksi tai sitten

vastakkaisesti järjestelmämuutosten aiheuttama kliinisten muutosten puuttuminen. (Breton ym. 2019, 1-13.)

2 PALVELUIDEN INTEGRAATIO

2.1 Integraatiotutkimuksen taustaa

Suomessa integraatiotutkimusta on tehty jo pitkään ja näkökulma on ollut yhteistyössä, yhteensovittamisessa ja koordinaatiossa. Edellisen hallituksen aikana valinnanvapaus nousi merkittäväksi näkökulmaksi integraatiokeskusteluun. Oli mielenkiintoista huomata perehtyessäni tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen, että integraatiotutkimus yhdistyy vahvasti ammattilaisten yhteistyötä koskevaan tutkimukseen. Tämänkin vahvistaa näkemystä siitä, ettei palveluiden integraatiota voi olla ilman ammattilaisten yhteistyötä. Yhteistyön näkökulmasta etenkin vertikaalinen yhteistyö on edellytys integraation onnistumiselle. Tuoreimmat sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat integraatiotutkimukset perustuivat vahvasti asiakasnäkökulmaan tai palvelujärjestelmän rakenteisiin. Toiminnallisen integraation osuus, jossa ammattilaisten yhteistyöllä palveluita yhteen sovitetaan eli integroidaan, jäi puuttumaan. Asiakasnäkökulmaa oli tutkittu paljon palveluita käyttävien asiakkaiden osalta ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa puolestaan oli painotus rakenteiden tarkastelussa. Tutkimus kytkeytyy vahvasti politiikkaan. Poliittiset päättäjät vievät sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta eteenpäin. Päättäjät vaihtuvat säännöllisesti, jolloin uudistuksen eteenpäin vieminen usein pysähtyy tai vähintään hidastuu. Kun uusi hallitus aloittaa työnsä, uusiksi menevät niin käsitteet kuin painopisteetkin uudistuksessa. Näin ollen ei toiminnallista integraatiota sosiaali- ja terveydenhuollon osalta saada yhden hallituskauden aikana kunnolla käyntiin. (Halme & Tiirinki 2019; Ylitalo-Katajisto 2019.)

Integraatiotutkimus kytkeytyy vahvasti palvelutieteisiin. Harisalon (2013) määritelmät palvelutieteen kolmesta sukupolvesta kuvastavat hyvin julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehityskaarta. Palvelutieteen ensimmäisessä sukupolvessa painottui pääsääntöisesti yksittäiset palvelut ja palvelusektorit. Julkisissa sosiaali- ja terveystalveluissa on vielä paljon jäänteitä tältä sektoreihin painottuvalta aikakaudelta. Tässä sukupolvessa jokainen palvelu muodostaa oman itsenäisen kokonaisuuden tai sektorin, jolla on oma ammatillisesti koulutettu henkilökunta ja professionalismismi on hyvin voimakasta. Tämä heikentää palveluorganisaatioiden muuntojoustavuutta ja vaikeuttaa ihmisten halua vaihtaa ammattia tai työtehtävää. Tämän sukupolven palvelusektoreita kuvastaa myös hierarkkisuus, jossa valtiolla on keskeinen asema. Jokaisella tällaisella palvelusektorilla ja erityisesti julkisessa hallinnossa toimivat ammattilaiset määrittävät mitä palvelua tuotetaan, kuinka se tuotetaan,

kenelle se tuotetaan ja milloin sitä tuotetaan. Palvelut eivät siis välttämättä kohtaa asiakkaiden tarpeita. Palveluiden onnistumista mitataan tehokkuuden kriteereillä. Palvelutieteen toisessa sukupolvessa ajattelu kohdentui palveluissa tarvittaviin tuotteisiin. Esimerkiksi terveydenhuollossa ymmärrettiin, ettei palvelua voi tuottaa ilman lääkkeitä tai mittauslaitteita. Palvelua ja tuotetta alettiin tarkastella kokonaisuutena, jota kutsutaan palvelumalliksi. Palvelumallien kehittämisessä painottuu asiakkaan ongelmien ratkaiseminen, tiimityö integroitujen ratkaisujen tuottamiseksi ja integroitujen ratkaisujen tuottamisessa vaadittavat kriittiset tiedot ja taidot. Tämä ajattelumalli pakottaa tarkastelemaan organisaatiota kokonaisuutena, rakenteina, prosesseina ja kulttuureina. (Harisalo 2013, 51-54.)

Palvelutieteen kolmannessa sukupolvessa ajattelun huomio kiinnitetään palvelun mahdollistaviin järjestelmiin ja niiden erilaisiin yhdistelmiin. Ajattelumalli perustuu sille, että palveluorganisaatiot ovat toiminnassaan riippuvaisia omasta järjestelmäympäristöstään. Järjestelmät voivat sekä mahdollistaa että rajoittaa organisaatioiden kykyä tuottaa arvoa asiakkaalle. Palveluiden uudistamisessa on varmistettava järjestelmien kyky mukautua muuttuviin olosuhteisiin ja vahvistaa luovuutta toiminnassa. Palveluiden integraatio on jatkumo tälle kehitykselle julkisissa palveluissa, jossa myös asiakkaan rooli on muuttunut. Palveluita halutaan tuottaa uuden julkisen hallinnon (New Public Management) mukaisesti yhteistuotantona. Koko järjestelmän näkökulmasta asiakkaan, palvelun ja tuotteiden lisäksi tähän kokonaisuuteen kuuluu olennaisesti ammattilaisten välinen yhteistyö. Palveluiden integraation näkökulmasta palvelut pyritään tuottamaan tarvelähtöisesti, lähellä asiakasta, oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti sekä ennen kaikkea laadukkaasti. Toiminnan tehostaminen on yhä sosiaali- ja terveysalalla voimakkaasti toimintaa ohjaava tavoite, mutta laadun merkitys on alkanut viime vuosina saada yhä enemmän painoarvoa kehittämis-työssä. Palvelutieteen kautta voidaan kiteyttää tämän tutkimuksen merkitys hallintotieteen tutkimukselle. Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys, palveluiden integraatio ja ammattilaisten vertikaalinen yhteistyö, kytkeytyvät palvelutieteen kolmanteen sukupolveen. (Harisalo 2013, 51-54.)

2.2 Integraatio käsitteenä

Integraatiolla tarkoitetaan yhdentämistä tai yhdistämistä osaksi kokonaisuutta (Joronen, Kanste, Halme, Perälä & Pelkonen 2018, 7). Integraatiossa on kysymys palveluiden yhteensovittamisesta palvelutarpeiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi (Halme & Tiirinki 2019, 7). Integraation käsite on moninainen ja muuttuu ymmärrettävämmäksi, kun se sidotaan johonkin kontekstiin. Integraation käsite on sateenvarjokäsite, jonka alle voidaan luokitella erilaisia integraation muotoja ja näkökulmia kontekstista sekä näkökulmasta riippuen. Käyn seuraavaksi läpi integraation erilaisia luokituksia sekä määritelmiä.

Integraation käsite jaetaan tyypillisesti hallinnolliseen ja toiminnalliseen integraatioon. Muita integraation alakäsitteitä ovat muun muassa rahoituksen ja tiedon integraatio. Lisäksi voidaan määritellä onko integraatio horisontaalinen vai vertikaalinen. Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan saman tason palveluiden yhteensovittamista. Vertikaalinen integraatio puolestaan tarkoittaa eri tason palveluiden yhdistämistä. Toiminnallinen integraatio on synonyymi palveluintegraatiolle. Sitä voidaan määritellä joko tavoitelähtöisesti tai toimintana. Integraatiota voidaan tarkastella esimerkiksi johtamisen näkökulmasta tai yksilökeskeisesti potilaan näkökulmasta. Integraation voidaan ajatella olevan sateenvarjotermi useille eri ajatuksille ja periaatteille. Integraatiolla tavoitellaan terveydenhuollossa parempia tuloksia, parempaa laatua sekä kustannusvaikuttavuutta koordinoimalla palveluita enemmän tarvelähtöisesti. (Halme & Tiirinki 2019, 7-8.)

Integraatiota määritellessä tulee huomioida toiminnan laajuus eli koskeeko integraatio asiakkaan, yksikön vai mahdollisesti kaikkia palveluita. Lisäksi voidaan määritellä mitä integroidaan; palveluiden järjestäminen, rahoitus vai esimerkiksi tiedon saaminen sekä minkä asteista integraatio on eli kuinka syvälle sitoudutaan integroitumaan. Integraation syvyys eli intensiteetti voi vaihdella pinnallisesta integraatiosta syvään integraatioon. Pinnallinen integraatio on esimerkiksi yhteisten tilojen jakaminen. Syvää integraatiota kuvastaa esimerkiksi organisaation yhteisomistajuus tai yhdistyminen. Kansainvälisesti integraation syvyyden arvioimiseen on luotu intensiteettiä kuvaavia luokituksia. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa integraatiota tarkastellaan eri näkökulmista. Järjestämisen integraatiolla tavoitellaan yhtä palveluiden järjestäjää, joka vastaa tuotantorakenteesta ja

sen ohjauksesta. Myös rahoitus integroidaan kulkemaan yhden järjestäjän kautta. Tiedon integraatiolla tavoitellaan tiedon liikkuvuutta eri toimijoiden välillä yhteen toimivien tietojärjestelmien kautta. Palveluketjujen integraatiolla tarkoitetaan eri palveluiden ja palveluntuottajien yhteyttä muihin palveluihin. Tuotannollisen integraation näkökulma tarkoittaa, että palveluita tarjotaan selkeinä palvelukokonaisuuksina ja niitä toteutetaan verkostomaisessa rakenteessa, jossa on useita palveluntuottajia. Tätä integraation mallia toteutetaan myös yksittäisissä palveluyksiköissä. (Joronen ym. 2018, 7-8.)

Horisontaalista ja vertikaalista integraatiota voidaan tarkastella neljän toimintatavan näkökulmasta. Sopimuksellisuus on toimintatapa, jossa ei ole varsinaisesti integraatiota vaan kyse on kilpailevien organisaatioiden välisistä sopimuksista toiminta-alueita koskien. Organisaatiot eivät siis tee yhteistyötä tai aseta yhteisiä tavoitteita, eikä sopimuksellisuus sisällä siten horisontaalista eikä vertikaalista integraatiota. Koordinaatio on vertikaalista integraatiota parantava toimintatapa, jossa esimerkiksi yhdistetään organisaatioiden tai sen osien hallintoa. Koordinaatio voi tarkoittaa myös palveluohjaustyyppistä toimintaa. Tästä toimintamallista puuttuu horisontaalinen integraatio. Horisontaalista integraatiota tukeva toimintamalli puolestaan on yhteistyö, joka perustuu haluun toimia yhdessä ja se sisältää tiedonvaihtoa. Yhteistyön kautta pyritään yhteisiin tavoitteisiin, mutta vertikaalinen integraatio jää puuttumaan. Sekä horisontaalista että vertikaalista integraatiota sisältävä toimintatapa on yhteistoiminta, jossa eri hallinnonalat toimivat vastavuoroisesti. Vertikaalisesti johdon päätökset ovat riittävän väljiä ja mahdollistavat yhteistoiminnan. Horisontaalista yhteistoimintaa voidaan nimetä johtamaan yhteisiä johtoryhmiä tai vastaavia. (Joronen ym. 2018, 8-9.)

2.2.1 Integroitu hoito

Goodwin (2016) kuvaa integroitua hoitoa kompleksiseksi käsitteeksi, jota voidaan luokitella integraation eri viitekehyksien näkökulmasta. Ensinnäkin integraation tyyppi voi olla organisatorinen tai esimerkiksi kulttuurinen. Toiseksi voidaan määritellä millä tasolla integraatio toteutuu, jolloin tarkoitetaan mikro, meso ja makro tasoja. Nämä tasot lähtevät kliinisestä asiakastyöstä jatkuen läpi koko palvelujärjestelmän aina lainsäädäntöön ja ohjaukseen saakka. Lisäksi voidaan tarkastella integraatiota prosessinäkökulmasta eli kuinka

integroitu hoito on organisoitu tai hallinnoitu. Integraatiosta voidaan tarkastella sen laajuutta eli koskettaako integraatio koko väestöä vai esimerkiksi yksittäistä asiakasryhmää. Integraation syvyys tai intensiteetti määrittyy sen toteutuksen mukaan, se voi olla pientä yhteistyötä esimerkiksi tiedon antoa tai täysin integroituja hoitotiimejä. Integraatio voi toteutua horisontaalisesti ja vertikaalisesti. Lisäksi integraation muotoina voivat olla alueelliset integraatiot, jotka yhdistävät sekä horisontaalisen että vertikaalisen integraation jonkin tietyn osa-alueen palvelukokonaisuudessa. Ihmiskeskeisellä integraatiolla tarkoitetaan palvelun tuottajien ja asiakkaiden yhteistyötä sekä osallisuuteen perustuvaa integraatiota. Koko systeemin integraation käsittää yksilökeskeisen ja väestöperustaisen hoidon. Koko systeemin integraatio palvelee koko väestön moninaisia tarpeita, eikä ainoastaan tiettyjen ryhmien tai tiettyjen sairauksien osa-alueita. Koko systeemin integraatio on kokonaisvaltaista integroitua hoitoa. Integroitu hoito ajatellaan helposti sopivan lääketieteellisesti kompleksisiin tai pitkäaikaisiin hoidon tarpeisiin, vaikka integroidun hoidon periaatteet sopivat yhtä hyvin myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Integroidun hoidon tavoite on lisätä laatua ja turvallisuutta terveydenhoidon palveluihin olemassa olevien ja yhteistuotannollisten kumppanuuksien kautta. (Goodwin 2016, 1-2.)

Valentijn (2015) kehitti tutkimuksessaan integroidun hoidon sateenkaarimallin (engl. Rainbow Model of Integrated Care). Sateenkaarimalli käsittää integroidun hoidon kompleksisen ja moniulotteisen luonteen. Malli erottaa kaksi perusterveydenhuollon ohjaavaa periaatetta, yksilökeskeisen ja väestöperustaisen. Mallissa erotellaan kuusi integroidun hoidon luokkaa, jotka ovat kliininen, ammatillinen, organisatorinen, systeeminen, toiminnallinen ja normatiivinen integraatio. Sateenkaarimallin mukaan integroitua hoitoa voidaan toteuttaa järjestelmän eri tasoilla mahdollistaen jatkuvan, kokonaisvaltaisen ja koordinoitun palvelun tuottamisen yksilöille ja väestölle. Valentijn, Schepman, Opheij ja Bruijnzeels (2013) toteavat tutkimuksessaan, että tuottaaksemme integroitua, yksilökeskeistä ja väestöperustaista hoitoa, tarvitaan sekä vertikaalista että horisontaalista integraatiota toimialojen välisissä kumppanuuksissa sosiaali- ja terveydenhuollossa. He määrittelevät integraation moniulotteiset käsitteet mikro, meso ja makro tasojen kautta, kun tavoitteena ovat kokonaisvaltaiset palvelut, jotka perustuvat yksilöiden ja väestön tarpeisiin. Heidän teoreettisessa käsitteiden määrittelyssä integraation moniulotteiset käsitteet asettuvat kaikki yksilökeskeisen ja väestöperustaisen hoidon ylle. Makrotaso käsittää systeemin eli järjestelmän integraation, jossa yksilöiden tarpeet ovat järjestelmän kivijalka tarkoituksena näin vastata koko väestön tarpeisiin. Tällainen integraatio edellyttää samanaikaista

horisontaalista ja vertikaalista integraatiota. Mesotasolla puolestaan painotetaan väestöperustaista lähestymistä edellyttäen ammatillista ja organisatorista integraatiota. Näin tuotetaan jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua palvelua määritellylle väestölle. Mikrotasolla kliininen integraatio korostaa taas yksilökeskeistä näkökulmaa, jotta palveluiden käyttäjät kokevat hoidon jatkuvuuden. Yksilöiden tarpeet ovat palveluiden lähtökohta ja integraatio laajenee meso sekä makrotasolle, kun yksilöllä nousee tarpeita muiden palvelun tuottajien tai organisaatioiden palveluille. Näin toiminnallinen ja normatiivinen integraatio leviävät kaikille tasoille ja varmistavat järjestelmän yhdistyneisyyden. (Valentijn 2015, 1; Valentijn ym. 2013, 8-9.)

Shaw, Rosen ja Rumbold (2011) kuvaavat käsitettä integroivat tai yhdistävät prosessit (engl. integrative processes), joka toimii linkkinä integroidun hoidon ja integraation käsitteen välillä. Integroidulla hoidolla tarkoitetaan terveystalouden laadukasta ja asiakaslähtöistä tuottamista välttämällä toimintojen päällekkäisyyttä ja hajanaisuutta. Integraation käsitteellä puolestaan tarkoitetaan niitä metodeja ja menettelytapoja, joita ammattilaiset, tiimit ja organisaatiot käyttävät päästäkseen yhteisiin tavoitteisiin. Integraatio ja integroivat prosessit voidaan luokitella systeemiseen, normatiiviseen, organisatoriseen, hallinnolliseen ja kliiniseen integraatioon. Systeeminen integraatio ja integroivat prosessit tapahtuvat lakien, säädösten ja sääntelyn avulla. Tällä tasolla integroivat muutokset koskettavat koko terveydenhuoltoa tai esimerkiksi tiettyä potilasryhmää kansallisesti. Normatiivinen integraatio sekä integroivat prosessit puolestaan tapahtuvat yhteisten arvojen, kulttuurin ja visioiden kautta organisaatioissa, ammattilaisten ryhmissä ja yksilötasolla. Normatiivinen integraatio vaatii yhteistyötä ja tahtoa kehittää toimintoja yhteisillä tavoitteilla. Organisatorinen integraatio sekä integroivat prosessit vaikuttavat rakenteiden, hallinnon järjestelmien ja organisaation välisten suhteiden kautta. Organisatorinen integraatio vaatii johtamiselta muutoksia sekä mahdollistavaa toimintakulttuuria organisaation toiminnassa yli organisaatiorajojen. Hallinnollinen integraatio sekä integroivat prosessit tapahtuvat hallinnon menetelmien, budjetoinnin ja talouden järjestelmien kautta integroitavien yksikköjen osalta. Kliininen integraatio sekä integroivat prosessit toteutetaan tiedon kulun, palvelujen koordinoinnin ja potilaan hoitoprosessien muutoksilla. Kliininen integraatiokaan ei välttämättä yksin voi toteutua vaan tarvitaan integraatiota myös hallinnon tasolta. Kliininen integraatio ja sen integroivat prosessit tapahtuvat asiakasrajapinnassa ja ovat näin asiakaslähtöisyyden kannalta se näkyvin osa integraatiota. (Shaw ym. 2011, 8.)

2.2.2 Palveluiden integraation käsite

Palveluiden integraatio on valtavan laajasisältöinen käsite. Siitä käytetään lisäksi termejä palvelujen integraatio, palveluintegraatio, toiminnallinen integraatio sekä palvelujen tai palveluiden yhteensovittaminen. Tässä tutkimuksessa käytetään tieteellistä ilmaisua palveluiden integraatio. Tutkimuksessa tarkastelen integraatiota palveluiden integraation näkökulmasta.

Virtanen ym. (2017) määrittelevät palveluintegraation tarkoittavan yleisellä tasolla yhtenäistä palvelukokonaisuutta. Palveluintegraatio voi toteutua matalankynnyksen paikoista erityistason palvelujen kautta vaativan tason palveluihin. Tähän vertikaaliseen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon voidaan katsoa kuuluvaksi myös politiikkasuunnittelu, palvelujen rahoitusmalli ja palveluihin liittyvä politiikkaohjaus. Palveluintegraatiossa keskeistä on asiakaslähtöinen toimintamalli. Toimintamallissa palvelujen käyttäjät nähdään toiminnan resurssina ja heidät otetaan aktiivisesti mukaan palvelujen suunnitteluun, toimeenpanoon ja arviointiin. Palveluintegraatio vaatii asiakaslähtöistä johtamistapaa. Palveluintegraatio edellyttää ihmisten johtamista ja asioiden hallintaa. Johtamisella linjataan integraatiota, yhdistetään eri toimijoiden intressejä ja vähennetään muutosvastarintaa. Palveluintegraation onnistuminen edellyttää johtamiskäytänteiden yhtenäistämistä. Palveluintegraatio tulee perustua kolmiulotteiseen tietoon, eli historiaan, nykytilaan ja ennusteisiin. Ylitalo-Katajisto (2019, 31-33) kiteyttää väitöskirjassaan palveluiden integraation määritelmän tämän mukaisesti; palveluintegraatiolla tarkoitetaan yhtenäistä asiakaslähtöistä palvelukokonaisuutta, joka voi tapahtua sosiaali- ja terveyspalveluissa matalan kynnyksen, erityistason ja vaativien palvelujen välillä. (Virtanen ym. 2017, 6, 39.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatiolla tarkoitetaan toisiinsa läheisesti liittyvien, toisistaan riippuvien ja toisiaan tukevien asioiden yhteensovittamista. Tavoitteena on sovittaa yhteen asiakkaan tarpeita vastaavat palvelukokonaisuudet ja -ketjut, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti. Johtamisen tehtävänä on sitouttaa eri toimijat yhteisiin tavoitteisiin ja toimintamallien rakentamiseen toiminnallisen integraation kehittämiseksi. Toiminnallisen integraation tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta toimivuutta

perus- ja erityistason sekä sosiaalipalveluiden ja julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluiden välillä. Myös yhdyspinta kunnan muihin palveluihin tulee huomioida integraatiossa. Tarkoituksena on, että asiakas saa palvelunsa oikea-aikaisesti ja hänen tarpeisiinsa vastataan vaikuttavasti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Integraatiossa on siis kyse sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden rajojen ylityksistä sekä laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä eri toimialojen välisistä rajan ylityksistä. Näiden eri palveluiden ja toimialojen välistä saumaa kutsutaan integraatorajapinnaksi. Toiminnallisen integraation käsitteeseen kytkeytyvät termit palveluketju ja palvelukokonaisuus, joiden avulla jäsennetään sosiaali- ja terveyspalveluita. Hallinnollinen integraatio tukee toiminnallisen integraation toteutumista. Hallinnollisessa integraatiossa sosiaali- ja terveyspalveluilla on rakenne, jossa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut on koottu yhden hallintorakenteen alle. Palveluiden järjestämisestä vastaa silloin yksi taho. Hallinnollinen integraatio ei kuitenkaan yksin ole edellytys toimiviin palvelukokonaisuuksiin vaan tarvitaan sekä hallinnollista että toiminnallista integraatiota. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa keskitytään paljon rakenteiden uudistamiseen ja toiminnalliselle integraatiolle ei anneta riittävästi huomiota. (Halme & Tiirinki 2019, 2-3, 7-8.)

Asiakkaan tulisi olla keskiössä, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota suunnitellaan. Kansallisen laajan sote-uudistuksen valmisteluissa palvelujen integraatioon (Hallituksen esitys 16/2018) sisällytettiin asiakkaan saaman palvelun eheys, oikea-aikaisuus, jatkuvuus ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus. Lisäksi sujuvissa palvelukokonaisuuksissa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja yhdistetään joustavasti asiakkaan palvelutarpeisiin vastaten, turvataan palvelujen sekä hoidon jatkuvuus, tarpeisiin vastataan mahdollisimman kustannustehokkaalla, vaikuttavalla ja laadukkaalla tavalla. Ihminen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena. Palvelujen integraatiossa painotetaan siis asiakaslähtöisyyttä, mutta samalla myös kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo tätä nykyä paljon integroitua palvelua, joista esimerkiksi terveyskeskukset ovat hyvänä esimerkkinä. Asiakas saa terveyskeskuksesta moniammatillista palvelua eri alan ammattilaisilta. Päävastuu sosiaali- ja terveyspalveluista on edelleen kunnilla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ylin hallinto Suomessa on integroitu sosiaali- ja terveysministeriön hallintaan. Nyt vasta alkaneessa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelmassa integraatiota toteutetaan muun muassa vahvistamalla alueellista monialaista ja monitoimijaista yhteistyötä mukaan lukien erityistason palveluiden tuominen perustasolle sekä vahvistamalla eri hallinnonalojen yhteistyötä. Ohjelmassa kehitetään asiakas- ja palveluohjausta matalan

kynnyksen integroituneena palveluna. Lisäksi siinä uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa, tehtävärakenteita ja toimintatapoja sekä vahvistetaan moniammatillista tiimityötä. Integraatiossa otetaan käyttöön maakunnan määrittelemiä palveluketjuja ja –kokonaisuuksia, edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakas- ja palvelusuunnitelmien käyttöönottoa sekä varmistetaan toimivat yhteistyömallit ja –käytännöt eri hallinnonalojen yhteisasiakkaille. Lisäksi tarkoituksena on kehittää yhteen toimivia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. (Taskinen & Hujala 2020, 54-60.)

Erilaisia integraation toimintamalleja ovat palveluohjaus, moniammatillinen yhteistyö, palvelu- ja hoitoketjut ja integroidut palvelukokonaisuudet ilman yhteisiä tiloja tai yhteisissä tiloissa. Näistä erityisesti tähän tutkimuksen aiheeseen sopiva on palvelu- ja hoitoketjujen integraatio, jossa asiakas siirtyy palvelusta toiseen saumattomasti. Integraatio voi tässä tapauksessa olla horisontaalista tai vertikaalista, mutta molemmissa tiedon liikkuminen on edellytys integraation onnistumiselle. Saumattomuus käsitteenä tarkoittaa tätä katkeamatonta palvelua asiakkaalle. Lisäksi tutkimuksen aihepiiriä tukeva toimintamalli on palvelukokonaisuuksien integroiminen ilman yhteisiä tiloja. Tarkoituksenani on saada tietoa siitä, miten erityistason palveluita voitaisiin integroida perustasolle lasten somaattisten sairauksien osa-alueella. Näillä toimijoilla tilat eivät ole yhteiset, mutta toimintamalli perustuisi johonkin muuhun yhteistyön muotoon ja palvelukokonaisuudesta saataisiin saumaton ammattilaisten vertikaalisen yhteistyön avulla. Näiden edellä käsiteltyjen toimintamallien edellytyksenä on asiakassegmentointi, moniammatillinen yhteistyö, palvelukokonaisuuksien kuvaaminen ja niistä sopiminen, tarvelähtöinen ja osallistava työote sekä tiedon liikkuminen. (Halme & Tiirinki 2019, 8-10.)

2.3 Integraation riskit ja haasteet

Virtanen ym. (2017) ovat tutkimuksessaan koonneet palveluintegraatioon liittyviä riskejä ja ongelmia. Makrotasolla eli julkisen politiikan päätöksentekotasolla palveluintegraation rakenteellisena esteenä ovat hyvinvointipalveluja koskevat ristiriidat lainsäädännössä. Julkisen hallinnon puutteellinen kapasiteetti uudistusten systemaattisessa ja johdonmukaisessa toimeenpanossa systeemitasolla on myös palveluintegraation toteutumiselle haaste. Toimeenpano-ongelmia voi aiheutua myös julkisen politiikan tavoitteiden ja uudistusten käy-

tännön toteutuksen välillä ilmenevät ristiriidat. Uudistusten heikko koordinointi sekä johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon systeemitason uudistuksissa on aiheuttanut tutkimuksen mukaan muun muassa aikataulujen pettämistä ja vaaratilanteita potilaille. Mesotasolla eli organisaatioiden hallinnon tasoilla sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset edellyttävät yhteisiä sopimuksia ja päätöksiä eri organisaatioiden välillä. Haasteena on näiden sopimusten ja päätösten muodostaminen läpi koko järjestelmäkokonaisuuden. Kun yhteistyöstä sopiminen on ollut puutteellista esimerkiksi Ruotsissa, on uudistus johtanut organisaatioiden keskinäiseen kilpailuun ja osaoptimointiin. Erityisenä haasteena palvelujärjestelmäuudistusten onnistumisessa on muutosjohtamisen käytäntöjen puuttuminen. Mikrota-
solla eli palvelutuotannon tasolla riskinä palveluintegraatiolle ovat hyvinvointiammattilaisten professioiden erilaiset ammatilliset tietopohjat, toimintamallit ja arvot. Myös organisaatiokulttuurit voivat estää palveluintegraation muutosprosesseja. Palveluprosessien muutosten toteuttaminen vaatii myös osaamista projektihallinnasta ja henkilöstöjohtamisesta. Palvelujen tasolla myös heikko kommunikaatio henkilöstön ja palvelujen käyttäjien välillä voi olla riskinä palveluintegraation onnistumiselle. Näiden lisäksi osa palveluintegraation riskeistä liittyy puutteellisen työnjakoon asiakas- ja potilasohjauksessa. (Virtanen ym. 2017, 19.)

Myös Auschran (2018) tutkimuksessa luokiteltiin kirjallisuuskatsauksen perusteella hoidon integraation esteitä organisaatioiden välisessä yhteistyössä. Esteet oli luokiteltu hallintoon ja lainsäädäntöön liittyviin, rahoitukseen liittyviin, organisaatioiden välisiin toimialoihin liittyviin, organisaation toimialaan liittyviin, palvelun järjestämiseen liittyviin ja kliiniseen työhön liittyviin esteisiin. Integraation esteet voidaan jakaa myös sen mukaan, onko este aktiivisesti kehitelty vai passiivisesti ilmestynyt. Aktiivisesti kehitelty esteet aktivoituvat sellaisten toimijoiden toimesta, jotka haluavat joko säilyttää jonkun vanhan tai estää jonkun uuden tilan, samalla tavalla kuin henkilökohtainen organisaatiomuutoksen vastustaminen. Passiivinen este puolestaan syntyy, kun esimerkiksi rakenteelliset ja institutionaaliset järjestelyt rajoittavat integraation toteutumista. Tutkimuksen mukaan myös yhden esteen olemassaolo voi vaikuttaa tai jopa vahvistaa muita esteitä. Esimerkiksi passiivinen rakenteellinen este makrotasolla voi aiheuttaa haasteita esimerkiksi resurssien jakoon organisaatioiden välillä mesotasolle, joka puolestaan vaikeuttaa työtä jokapäiväisessä työssä mikrota-
solla. Nämä eri tasoilla vaikuttavat esteet ovat kontekstisidonnaisia ja voivat olla syntyperältään aktiivisia tai passiivisia, sekä usein niiden ilmaantuminen on toisistaan riippuvaista. (Auschra 2018, 5-6, 8-10.)

2.4 Integraation kehitys Suomessa ja Pohjoismaissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisjärjestelmän uudistusta on Suomessa yritetty jo pitkään sekä keskittämällä että toisaalta hajauttamalla palveluita. Tämän kaltaisia hallintouudistuksia hidastaa usein niin kutsuttu polkuriippuvuus, joka tarkoittaa sitä, ettei vanhoista ajattelumalleista tahdota päästä eroon uudistusta valmistellessa. Suomen terveydenhuollon historiassa kuntien asema pääasiallisena sosiaali- ja terveystalouden tuottajana vahvistui 1972 kansanterveyslain voimin. Tuolloin mahdollistettiin myös palveluiden integroiminen yhdistämällä virastoja ja organisaatioita kunnissa. Tätä ajankohtaa voidaan pitää lähtökohdana julkisen sektorin sosiaali- ja terveystalouden uudistamiselle. Toinen merkittävä uudistus oli 1980-luvulla toteutettu Valtava-uudistus. Se sisälsi sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuuslain ja vaikutti näin sekä suunnittelujärjestelmiin että kuntien valtionosuuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus onkin alusta saakka ollut kiinteästi yhteydessä kuntien rakenneuudistukseen. Kuntien hallinnonuudistusta ovat edistäneet esimerkiksi vapaakuntakokeilu sekä uusi kuntalaki vuonna 1995. Tälläkin hetkellä sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu on edelleen kunnilla tai kuntayhtymillä. Palveluita voivat järjestää julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. (Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020, 15-20.)

Kun yhdenvertainen palveluiden saatavuus ei enää kuntien rahoitus- ja järjestämismallilla toteutunut, yritettiin asiaa korjata pehmein ohjaavin suosituksin ja hankkein. Kun näillä ei saatu toivottua lopputulosta, siirryttiin 2000-luvulla lainsäädäntöuudistusten aikakauteen. Tällaisia ovat olleet esimerkiksi Matti Vanhasen hallitusten PARAS-hanke sekä Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbin hallitusten perustuslakikysymyksiin kaatunut sote-uudistus. Näissäkin uudistuksissa palveluita pyrittiin järjestämään aiempaa suuremmalla väestöpohjalla sekä integroimalla eri palvelusektoreita ja palvelujärjestelmän eri tasoja yhteistyöllä. Kataisen ja Stubbin sote-uudistuksen lähtökohtana oli sosiaali- ja terveystalouden täydellinen integraatio vahvan alueellisen järjestäjän, kuntayhtymän, toimesta. Uusi kuntalaki (Laki kunnasta 410/2015) valmisteltiin samanaikaisesti, jonka yhtenä tavoitteena oli sopeuttaa kuntien toiminta sote-uudistukseen. (Rautiainen ym. 2020, 21-24.)

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen sote-uudistus olisi puolestaan perustunut maakuntahallintoon ja sen keskeisenä sisältönä oli sote-integraatio sekä asiakkaan valinnanvapaus. Sipilän hallituksen sote-uudistus kuitenkin keskeytyi hallituksen ennen aikaiseen eroon, johon hallitus ajautui sote-uudistuksen valmistelussa eteen tulleiden perustuslaillisten ongelmien vuoksi. Keväällä 2019 Antti Rinteen ja sittemmin pääministeri Sanna Marinin hallitukset ovat jatkaneet sote-uudistusta aiemmin suunnitellulla maakuntapohjaisella ratkaisulla. Ratkaisussa kuitenkin pääpaino on nyt enemmän palveluissa ja sisällöissä, joiden järjestämisestä ja tuottamisesta päävastuu olisi julkisella sektorilla. Sote-uudistukseen kytkeytyy nyt vahvasti myös Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022-ohjelma, jolla pyritään kehittämään perustason sosiaali- ja terveyspalveluja. Rinteen ja Marinin hallitusten sote-uudistuksessa integraatiokäsitteen tilalla käytetään käsitettä palvelujen yhteensovittaminen. (Rautiainen ym. 2020, 24-33.)

Pohjoismaiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien palveluintegraatioiden kehittämisessä keskeisenä on ollut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö. Uudistuksilla on ennen kaikkea tavoiteltu terveydenhuollon, erityisesti erikoissairaanhoidon kustannusten hillitsemistä yhteen sovittamalla palveluita ja tavoittelemalla järjestelmän parempaa koordinaatiota. Pohjoismaissa terveydenhuollon uudistukset ovatkin siis keskittyneet vertikaalisen integraatioon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintojen kautta. Integraation edistäminen on sekä Ruotsissa, Norjassa että Tanskassa ollut osana kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikkaa. Kansallinen ohjaus ja velvoittaminen vaihtelevat maittain. Norjassa ja Tanskassa on toteutettu useita suuria järjestelmä-uudistuksia, joilla on vahvistettu keskushallinnon roolia palvelujärjestelmän koordinaatiota kehittämällä. Ruotsissa puolestaan on kehitetty hajautettua kolmiportaista järjestelmää asiakkaan asemaa vahvistaen, valinnanmahdollisuuksia edistäen ja palvelujärjestelmän tuottamia suoritteita kehittäen. (Tynkkynen, Saloranta & Keskimäki 2016, 34, 42-43.)

3 VERTIKAALINEN YHTEISTYÖ

3.1 Ammattilaisten välinen yhteistyö

Ammattilaisten välisellä yhteistyöllä tarkoitan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä moniammatillista yhteistyötä. Käytän tutkimuksessa näiden ammattilaisten välisestä yhteistyöstä käsitteellistä ilmaisua vertikaalinen yhteistyö. Määritelen ilmaisua moniammatillisen yhteistyön ja moniasiantuntijaisen yhteistyön määritelmien kautta. Koska palveluiden integraatio tapahtuu järjestelmän eri tasojen välillä ammattilaisten yhteistyön kautta, haluan korostaa yhteistyön vertikaalisuutta käyttämällä tässä tutkimuksessa vertikaalisen yhteistyön ilmaisua. Näin tutkimuksen ulkopuolelle rajautuu ammattilaisten tekemä horisontaalinen moniammatillinen yhteistyö. Vertikaalisella yhteistyöllä tarkoitetaan ammattilaisten välistä moniammatillista yhteistyötä. Ammattilaisten vertikaalinen yhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö tarkoittavat siis samaa asiaa, mutta valitsemani ilmaisu painottaa yhteistyön suuntaa.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksessa moniammatillisesta yhteistyöstä on käytetty myös käsitteitä vuorovaikutuksen vaihtoalue, yhteistoiminnallisuus, jaettu asiakkuus ja jaettu asiantuntijuus. Ammattilaisten keskuudessa puolestaan moniammatillinen yhteistyö on yleistynyt rajapintojen käsitteeseen. Rajapinnalla tarkoitetaan eri työtehtävien välistä maastoa. Rajapinnasta on esitetty käytettävän ilmaisua yhdyspinta, joka korostaa näiden yhtymäkohtien yhteistyön tarkoituksenmukaisuutta. Moniammatillisuutta voidaan tarkastella yhteistoiminnan lisäksi myös dialogisuuden, moniäänisyyden, yhteisen tiedonmuodostuksen ja diversiteetin käsitteillä. Moniammatillisuus on esimerkiksi verkostojen yhteistoimintaa, viranomaisten keskinäistä yhteistyötä tai organisaatioiden sisäisiä tai ulkoisia yhteistyön muotoja. Asiakslähtöisyydellä moniammatillisessa yhteistyössä tarkoitetaan asiakkaan roolin tärkeyttä yhtenä osallisena yhteistyössä. (Kekoni ym. 2019, 12-15.)

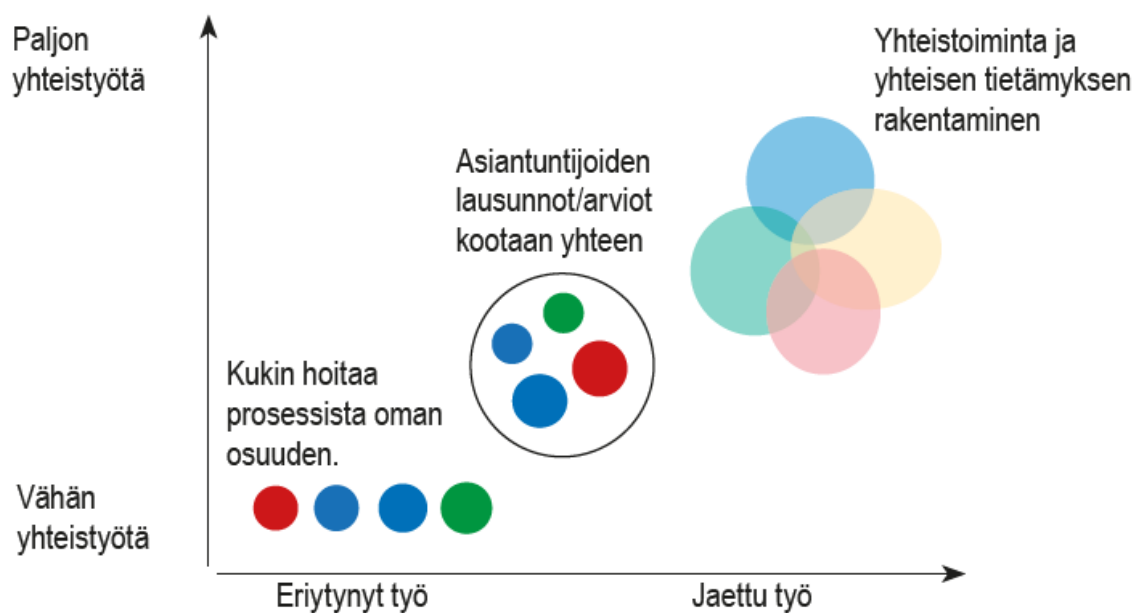
Moniammatillisen yhteistyön hyödyt perustuvat keskinäiseen riippuvuuteen ja uudelleen rakentuviin ammatillisiin toimintatapoihin. Keskinäisellä riippuvuudella tarkoitetaan jokaisen ammattilaisen oman roolinsa ymmärtämistä sekä luottamusta yhteistyön osapuoliin. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää joustavuutta, sitä että ammattilaiset pystyvät omaksumaan uusia rooleja yhteistyössä. Moniammatillisessa yhteistyössä tavoitteet omistetaan yhteisesti. Moniammatillisen tiimin tulisi käyttää itsearviointin menetelmänä prosessin

reflektoimista kehittääkseen yhteistyötä. Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä ovat ammatillinen rooli, rakenteelliset tekijät, persoonalliset tekijät sekä yhteinen historia. Ammatilainen, jolla on vahva ammatillinen identiteetti, pystyy osallistumaan moniammatilliseen yhteistyöhön tuntematta epävarmuutta omasta osaamisestaan ja roolistaan ryhmässä. Rakenteellisilla tekijöillä tarkoitetaan organisaatiokulttuuria, johdon sitoutumista ja yhteistyöhön annettavia resursseja. Yhteistyöhön osallistuvien persoonalliset tekijät luonnollisesti vaikuttavat yhteistyön toteutumiseen esimerkiksi vuorovaikutustaitojen kautta. Moniammatillisen ryhmän yhteinen historia vaikuttaa myös yhteistyön toteutumiseen. Onnistuneilla aiemmillä kokemuksilla on suotuista vaikutus myös tulevaan yhteistyöhön. (Kekoni ym. 2019, 12-15.)

Kuorilehto (2014) käsittelee moniammatillista yhteistyötä tutkimuksessaan käyttäen termiä moniasiantuntijainen yhteistyö. Hän määrittelee moniasiantuntijaisen yhteistyön lähestymistavat Malinin ja Morrowin (2007) käyttämän jaottelun mukaisesti. Jaottelun ensimmäisessä lähestymistavassa monitieteinen tai -ammatillinen yhteistyömuoto tarkoittaa kahden tai useamman eri ammattilaisen tai viranomaisen yhdessä tai rinnakkain työskentelemistä, saman, esimerkiksi perheen kanssa, kuitenkin erillään toisistaan. Yhteistyö toimintana on eri asiantuntijoiden tekemää työtä yhdessä saman toimeksiannon sisällä. Tässä yhteistyömuodossa ammattilaiset tai viranomaiset eivät yleensä jaa tietoa keskenään vaan se jää asiakkaan harteille. Jokainen arvioi yhteistyössä vain omaa osuuttaan, eikä palvelukokonaisuutta tarkastella tai arvioida kenenkään toimesta. Toisessa lähestymistavassa tieteiden tai ammattilaisten välisessä yhteistyössä ammattilaiset tai viranomaiset jakavat informaatiota keskenään ja heillä on yhteistyössä yhteisiä päämääriä ja tavoitteita. Yhteistyö tapahtuu kuitenkin vielä erillään toisistaan. Tavoitteena voi olla esimerkiksi lapsen kokonaisvaltainen tukeminen, mutta perheen kokonaisvaltainen huomiointi on vielä puutteellista. Kolmas lähestymistapa on poikkitieteellinen ja ammattilaisten keskinäinen yhteistyö, jossa tietoa ja osaamista jaetaan yli perinteisten rajojen. Yhteistyössä on yleensä yksi tai useampia päätyöntekijöitä, jotka konsultoivat toisia ammattilaisia tai viranomaisia. Yhteistyön tavoitteena on rohkaista tarvelähtöiseen työskentelyyn, niin että perinteiset roolit ja hierarkkiset nimikkeet eivät vaikuta yhteistyön toteutumiseen. (Kuorilehto 2014, 24-28, 111-112; Malin & Morrow 2007, 448-453.)

Mönkkönen ja Kekoni (2020) havainnollistavat moniammatillisen yhteistyön määrän ja vuorovaikutuksen tavan vaikutusta siihen, millaiseksi moniammatillinen yhteistyö muo-

dostuu alla olevan kuvion 1 avulla (kuvio 1). Kuviossa moniammatillisen työn laatu on sidoksissa yhteistyön määrään ja yhteistyön organisoitumisasteeseen. Kuvio myös havainnollistaa sitä, miten moniammatillisen työskentelyn tapa on riippuvainen siitä, miten hahmotamme oman työroolin suhteessa muiden ammattilaisten kanssa tehtävän yhteistyön määrään ja laatuun. Lisäksi kuvio havainnollistaa, millä eri tavoilla moniammatillisen yhteistyön voi ymmärtää. Kuvion alaosassa eriväristen pallojen jono kuvastaa perinteistä moniammatillisen työskentelyn tapaa, jossa jokainen ammattilainen suorittaa työtehtävänsä itsenäisesti ja peräkkäin ketjumaaisesti. Hieman edistyneempää moniammatillista työskentelyä kuvastavat ympyrän sisällä olevat moniväriset pallot, jotka kuitenkin ovat vielä irrallaan toisistaan. Tässä yhteistyömuodossa ammattilaiset esimerkiksi kokoontuvat yhteen pohtimaan asiakkaan asioita, mutta yhteistyössä ei vielä edetä syvemmälle asiantuntijuuden jakamisen tasolle. Vaikuttavassa moniammatillisessa yhteistyössä toteutuu jaetun työn idea eli ammattilaisten asiantuntijuus laajenee muodostaen yhden kokonaisuuden. Kuviossa tätä havainnollistaa toisiinsa limittyvät haaleamman väriset, osin yhteen sulautuneet pallot. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 232-233.)



Kuvio 1: Moniammatillisen työn luonne suhteessa yhteistyön määrään (Mönkkönen & Kekoni 2020, 232).

Lapsiperheen kohdalla tämä tarkoittaa koko perheen huomioimista ja mukaan ottamista yhteistyöhön sekä arviointiin. Kokonaisvaltainen palvelukokonaisuus luodaan vastaamaan

perheen ja lapsen tai nuoren tarpeita ja toiveita. Yleensä tässä yhteistyömuodossa on ydinhenkilö, esimerkiksi henkilökohtainen palveluohjaaja, joka koordinoi moniasiantuntijaista yhteistyötä. Kuorilehdon (2014) mukaan Suomessa käytetään termiä moniammatillinen yhteistyö kaikista edellä mainituista yhteistyön muodoista puhuttaessa. Moniasiantuntijajaisessa yhteistyössä korostuvat koulutuksen ja osaamisen merkitys, asiakaslähtöisyys, johtajuusnäkökulma, yhteistyökumppanuus, hyvä vuorovaikutus sekä rakenteet ja prosessit. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat asiakkaan kokemus aidosta kohtaamisesta ja kuulemisesta sekä perheiden voimavaroja aktivoivat työmenetelmät. Palvelukokonaisuuksia tulee tarkastella ja kehittää palveluketjuina peruspalveluista erityispalveluihin. Työntekijöiden vaihtuminen voi haastaa moniasiantuntijaista yhteistyötä. Sen sijaan mielenkiintoista on, että ajan puutetta tai työntekijöiden vähyyttä eli resurssipulaa, ei nähdä moniasiantuntijajaisen yhteistyön esteenä. (Kuorilehto 2014, 24-28, 111-112; Malin & Morrow 2007, 448-453.)

Vaikka tutkimukseni käsittelee terveydenhuollon ammattilaisten vertikaalista yhteistyötä ja palveluiden integraatiota, on hyvä avata hieman myös horisontaalisen integraation ja yhteistyön näkökulmaa. Horisontaalinen integraatio painottuu samalla tasolla työskentelevien ammattilaisten toimivaan yhteistyöhön. Erityispalveluiden kohdalla tämä tarkoittaa etenkin lastensuojelun, erikoissairaanhoidon ja vammaispalvelujen integraatiota. Horisontaalisessa integraatiossa tulisi huomioida myös päihdetyö- ja hoito, vanhempia hoitavat tahot, terapiaa ja kuntoutusta tarjoavat tahot ja kolmas sektori. Kuten jo useissa lähteissä on todettu, lasten, nuorten ja perheiden palvelut ovat nykyään pirstaleisia, toiminnot ovat päällekkäisiä sekä byrokraattisia ja lisäksi alueelliset erot ovat suuret. Ammattilaisten yhteistyön ja horisontaalisen integraation puute aiheuttaa asiakkaalle tunteen, ettei häntä hoideta kokonaisuutena ja asiakas itse joutuu ottamaan vastuulleen tiedon jaon sekä toimijoiden välisen yhteistyön. (Särkikangas & Tapiola 2017, 54-57.)

Horisontaalisella integraatiolla tavoitellaan palveluiden kokonaisuutta, jossa ammattilaisten yhteistyö ja osaamisen jakaminen ovat myös hallinnollisesti sekä rakenteiden näkökulmasta helppoa ja sujuvaa. Asiakkaan tarpeet hoidetaan kokonaisvaltaisesti huolimatta siitä, minkä tahon kautta hän palvelujen piiriin hakeutuu. Integraatiota tukeva työ vaatii ammattilaisilta yhteisiä koulutuksia sekä toisen ammattilaisen työhön tutustumista. Ammattilaisten välinen yhteistyö perustuu verkostomaiseen työotteeseen ja dialogisuuteen. Asiakkaan palvelun nopeutuessa päällekkäisten toimintojen jäädessä pois, myös työteho

sekä tuottavuus lisääntyvät. Integraatioon perustuva ammattilaisten yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä, jossa ammattilaisten välille on luotava yhteinen kieli, yhteiset dokumentointimallit, yhteistyönmallit sekä tiedon jaon periaatteet. Yhteisen tietojärjestelmän puute on suuri haaste palveluiden integraation toteuttamiselle. Yhteiset toimintamallit ja käytänteet tulisi luoda niin, että myös erityispalveluiden asiantuntijat jalkautuvat tukemaan muiden toimintaa. Tällaista toimintaa voi olla esimerkiksi työnohjaus- tai konsultaatioapu. (Särkikangas & Tapiola 2017, 54-57.)

Vertikaalisella integraatiolla tavoitellaan parempaa kommunikaatiota palvelun tarjoajien välillä ja pyritään helpottamaan potilaan kulkua palveluiden välillä sekä mahdollistetaan tiettyjä organisaatioiden hallinnollisia yhteistoimintoja. Hoganin, Lemakin, Ivankovan, Hearldin, Wheelerin ja Menachemin (2018) tutkimuksessa avattiin vertikaalisen integraatiostrategian omaksumisen motivoivia tekijöitä sekä olosuhteita, joissa strategiaan on pyritty sairaalaorganisaatioissa. Vertikaalisen integraation ja paremman ammattilaisten yhteistyön yhtenä motivoivana tekijänä nähtiin tuloksissa sairaalaan uudelleen sisään otettavien potilaiden määrän väheneminen. Vertikaalisen integraation strategia käsitti tutkimuksessa mukana olevissa organisaatioissa akuutin hoidon ja jatkohoidon välistä yhteistyötä. Tämä on mielenkiintoinen tavoite, johon myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisellä ammattilaisten vertikaalisella yhteistyöllä pyritään. Vaikka kyseinen tutkimus oli toteutettu Yhdysvalloissa, löytyi siitä useita muitakin suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä näkökulmia. Vertikaalisen integraation strategialla pyritään lyhentämään sairaalassa oloaika sekä tasavertaistamaan palveluiden saatavuutta. Myös tässä tutkimuksessa nousi esiin väestönmuutosten, ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden potilaiden lisääntymisen, ennakoiminen. Kyseiseen haasteeseen myös suomalainen integraatio pyrkii vastaamaan. Akuutin hoidon maantieteellinen sijainti nähtiin integraatiota motivoivana tekijänä myös Yhdysvalloissa. Palveluiden integroiminen maantieteellisesti kauas esimerkiksi erikoissairaanhoidon toimipisteestä Suomessa, vaatii ennen kaikkea sujuvaa yhteistyötä ammattilaisilta. Palvelu itsessään ei integroidu ilman ammattilaisten vertikaalista yhteistyötä. Tämä on edellytys palveluiden integraatiolle, pelkkä prosessien kehittäminen ei riitä. Ammattilaisten yhteistyö perustuu tiedon ja osaamisen jakamiselle. (Hogan ym. 2018, 2-6.)

3.2 Yhteistyön edellytykset ja haasteet

Vertikaalisen yhteistyön edellytyksenä ovat riittävät ajalliset sekä taloudelliset resurssit. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla riittämättömät resurssit voivat hankaloittaa ammattilaisten välistä yhteistyötä, jolloin yhteistyö voidaan jopa nähdä kielteisenä asiana, joka vie aikaa muulta työskentelyltä. Vertikaalinen yhteistyö edellyttää organisaation sekä johdon pyrkimystä järjestää mahdollisuudet yhteistyön toteuttamiselle. Onnistunut yhteistyö edellyttää lisäksi uskallusta ylittää omia osaamisalueen rajoja ja yhteisen tiedon rakentamista. Halu ja pyrkimys yhteistyöhön sekä luottamus ovat edellytyksiä yhteistyön onnistumiselle. Yhteistyö vaatii jaettua identiteettiä sekä tahtoa toimia asiakkaan parhaaksi. Yhteistyöhön sitoutumista parantaa luottamus ja avoimuus. Ammattien väliset valtakysymykset ja erilaiset asemat moniammatillisessa ryhmässä voivat muodostua haasteeksi ryhmän toimimiselle. Yhteistyön onnistuminen edellyttääkin roolien selkeyttämistä ja vastuun jakoa ryhmän sisällä sekä työskentelyn tavoitteiden määrittämistä. Moniammatillinen työskentely kehittyy työskentelyn edetessä ja ammattilaisille tulee antaa riittävästi aikaa sekä mahdollisuus kehittää yhteistyötä. Säännöllinen moniammatillisen yhteistyön arviointi tehostaa toimintaa, kun nähdään miten tavoitteisiin on päästy. Moniammatillisen yhteistyön tuloksellisuutta parantaa ryhmän riittävä perehtyminen asiaan ja ratkaisuehdotusten pohdinta yhdessä. Tämän edellytyksenä ovat riittävät ja ajantasaiset tiedot kaikille ryhmän jäsenille. Tietoja ei välttämättä uskalleta jakaa moniammatillisessa tiimissä erilaisten käytäntöjen sekä salassapito-ohjeistusten vuoksi. (Kekoni ym. 2019, 16-18.)

Organisaatioita, toimialoja ja palveluita yhdistäessä työntekijät kohtaavat erilaisia toimintakulttuureja. Monialaisuus ja monitoimijuus ovat rajojen ylittämistä. Ammattilaiset eivät välttämättä tunne toistensa työtä eikä heillä ole yhteistä kieltä. Toisen toimijuuden tunnistaminen onkin moniammatillisen yhteistyön edellytys. Moniammatillisuutta edistäviä rajanylityksiä ovat kulttuuristen, asenteellisten, rakenteellisten ja asiantuntijuuteen liittyvien rajojen ylitykset. Erilaisten toimintakulttuurien ja työtapojen hyväksyminen edellyttää kulttuuristen rajojen ylitystä. Asenteellinen rajojen ylitys tarkoittaa rohkeutta tarkastella asioita uudesta näkökulmasta sekä kyseenalaistaa omia aiempia oletuksia tai uskomuksia. Integraation erilaiset toteutusmuodot edellyttävät rakenteellisten rajojen ylitystä. Moniammatillisuuden ydin eli osaamisen ja asiantuntemuksen hyödyntäminen sekä jakaminen ja yhteisen tiedon rakentaminen ovat asiantuntijuuteen liittyvää rajan ylittämistä. (Kekoni ym. 2019, 20-23.)

Bihari Axelsson ja Axelsson (2009) luokittelevat integraatiota ja ammattilaisten yhteistyötä integraation nelikentän avulla. Heikoimmassa integraation muodossa sekä vertikaalinen että horisontaalinen integraatio on vähäistä, jolloin hierarkisen kontrollin puuttuessa ei ammattilaisten välillä myöskään ole edes vapaaehtoista yhteistyötä. Toisessa integraation kentässä integraatio toteutuu vain vertikaalisesti, mutta horisontaalista integraatiota ei ole. Kyseessä on tällöin yleensä hierarkisen järjestelmän koordinointi, jossa päätöksenteko tapahtuu ylhäällä ja ne implementoidaan asiakasrajapintaan. Yhteistyö on kontrolloitua ja valmiiksi määriteltyä. Kolmannessa muodossa horisontaalinen integraatio toteutuu hyvin, mutta vertikaalista integraatiota ei ole. Tässä muodossa integraatio perustuu lähes täysin yhteistyöhön ammattilaisten välillä. Yhteistyö on verkostomaista toimintaa, joka perustuu motivaatioon ja haluun työskennellä yhdessä. Neljännessä integraatiokentässä toteutuu sekä vertikaalinen että horisontaalinen integraatio koordinaation ja yhteistyön menetelmin. Tällaisen integraatiomuodon toteutuminen on monimutkaista, kun yhdistetään hierarkista ja vapaaehtoista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu parhaiten tässä kentässä, jossa yhteistyö on integroivaa. (Bihari Axelsson & Axelsson 2009, 322-323.)

Myös Sloper (2004) on tutkimuksessaan määritellyt moniammatillista yhteistyötä helpottavia tekijöitä eli edellytyksiä. Moniammatillisen yhteistyön suunnittelun näkökulmasta onnistumisen edellytyksiä ovat muun muassa selkeät ja realistiset tavoitteet yhteistyölle, jotka kaikki yhteistyön osapuolet ovat ymmärtäneet ja hyväksyneet. Osapuolten roolit ja vastuut täytyy olla selkeät, jolloin jokainen tietää mitä häneltä odotetaan yhteistyössä. Yhteistyö vaatii sitoutumista niin johdolta kuin asiakasrajapinnassa työskenteleviltä. Moniammatillisen yhteistyö edellyttää vahvaa johtamista ja moniammatillisen yhteistyön ohjausta. Jokaisella osapuolella täytyy olla suunnitellusti yhteinen aikataulu moniammatillisen muutosten implementoinnille sekä yhdistämiselle muuhun suunnitteluun sekä päätöksentekoprosesseihin. Yhteistyö edellyttää hyvän vuorovaikutuksen toteutumista organisaation jokaisella tasolla, tiedon jakamista sekä toimivia tietojärjestelmiä. Tutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön implementoinnilla ja organisaation olemassa olevalta hallinnolta edellytetään resurssien jakamista, hallinnollista tukea ja aikaa henkilöstölle osallistua yhteistyöhön. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää myös oikeanlaisten ihmisten rekrytointia, yhteistyötä edesauttaa työntekijän aiempi kokemus moniammatillisesta yhteistyöstä. Yhteistyö edellyttää yhteistä kouluttautumista ja tiimityön rakentamista. Henkilöstö tarvitsee riittävää tukea sekä valvontaa. Palveluita tulee myös seurata ja arvioida, jotta voidaan nähdä

moniammatillisen yhteistyön vaikutukset organisaation palvelun tuottamiseen. (Sloper 2004, 575-576.)

Strobelin ja Harpinin (2020) tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön hyödyt ja mahdollisuudet todettiin yhdysvaltalaisen nuorten parantuvassa pääsyssä terveydenhuollon palveluihin sekä terveystietojen jakamisessa nuorille. Kyseisen tutkimuksen moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitettiin kouluterveydenhoitajan, julkisen terveydenhuollon ammattilaisten ja koulun opetushenkilökunnan välistä yhteistyötä. Vaikka Suomen terveydenhuoltojärjestelmä eroaa yhdysvaltalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä paljonkin, voidaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ajatella pyrkivän juuri samaan tavoitteeseen eli tasavertaiseen terveystietojen palveluihin pääsyyn. Kehittämällä moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollon eri osapuolten kesken, voidaan asiakaslähtöisyyttä parantaa mahdollistamalla terveystietojen saatavuus lähellä asiakasta oikea-aikaisesti. Strobelin ja Harpinin tulosten mukaan yhteistyöllä voidaan suoraan vaikuttaa väestön terveyteen suotuisasti. Tutkimuksen tuloksia moniammatillisen yhteistyön vaikutuksista vahvasti mielestäni se, että tutkimuksen kohderyhmässä olivat terveydenhuollon näkökulmasta riskiryhmässä olevat nuoret, jotka eivät ennen tutkimusta käyttäneet juurikaan terveydenhuollon palveluita. Moniammatillisen yhteistyön avulla kyseisen kohderyhmän terveydenhuollon palveluiden käyttö lisääntyi merkittävästi. Kokonaisvaltainen lapsen, nuoren ja hänen perheensä palveleminen edellyttää kaikkien tarpeellisten sidosryhmien mukaan ottamista yhteistyöhön. Erityistason ja perustason terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi lapsen tai nuoren kohdalla voi olla tarpeen ottaa mukaan myös esimerkiksi varhaiskasvatuksen tai koulun henkilökuntaa sekä sosiaalipalveluiden ammattilaisia. Lasten somaattisten sairauksien hoidossa tällaista moniammatillista yhteistyötä tarvitaan esimerkiksi lapsen tai nuoren sairastuessa 1-tyyppin diabetekseen. (Strobel & Harpin 2020, 1-4.)

Moniammatillisen yhteistyön haasteita ovat Sloperin (2004) mukaan yhteistyön edellytysten puutteet. Esimerkiksi selkeiden roolien ja vastuiden puuttuminen, eroavaisuudet tavoitteissa, yhteisymmärryksen puuttumien päämäärien suhteen tai ylemmän johdon tuen ja sitoutumisen puuttuminen voivat olla haasteena, jopa esteenä, moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle. Lisäksi heikko vuorovaikutus ja tiedon jakaminen, puutteelliset tietojärjestelmät, resurssit, koulutukset tai johtaminen voivat estää moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Henkilöstön ajan puute tai negatiiviset stereotypiat eri ammattikunnista ja luottamuksen puute haastavat yhteistyötä. Lisäksi moniammatillista yhteistyötä haastaa jatkuva

uudelleen organisoituminen, henkilöstön vaihtuvuus, osaamisen puute, taloudellinen epävarmuus ja erilaiset ideologiat sekä toimintakulttuurit haastavat yhteistyön toteutumista. (Sloper 2004, 576.)

Toiminnallisella integraatiolla tavoitellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta toimivuutta perus- ja erityistason, sosiaalipalveluiden, mukaan lukien julkinen, yksityinen ja kolmas sektori, välillä. Jolangin, Tynkkysen ja Sinervon (2017) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa nähdään haasteena heikko kommunikointi ja tiedonvaihdon ongelmat kolmannen sektorin, yksityisten palvelun tuottajien sekä erikoissairaanhoidon kanssa tehtävässä yhteistyössä. Palvelut ovat osittain päällekkäisiä, kun ei saada riittävästi tietoa hoidon toteutuksesta eri toimijoiden kesken. Yhteistyön puuttumisen vuoksi esimerkiksi potilaan lääkehoidosta saattavat vastata useat eri lääkärit. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon riittämätön yhteistyö ja tiedonkulku voivat pahimmillaan estää potilaan jatkoseurannan toteutumisen, ellei potilas itse ole aktiivinen ja hakeudu jatkohoitoon esimerkiksi kotiutuessaan erikoissairaanhoidosta. Vastuiden määrittelyn sekä rajojen epäselvyys vaikeuttavat ammattilaisten ja eri toimijoiden yhteistyötä. Yhteiset toimitilat saattavat yhteistyötä edistää, mutta eivät takaa yhteistyön toteutumista. Keskitetyt palvelukeskukset sekä hoidon koordinointi edistävät yhteistyötä ja tehostavat sekä nopeuttavat hoidon toteutumista. Terveystieteiden uudistukset edellyttävät ammattilaisten näkökulman osoittamista onnistuneen integraation toteutumiseksi. Päivittäisen hoitotyön vaatimukset määrittelevät, mitkä asiat edistävät ja mitkä estävät integraation toteutumista. (Jolanki ym. 2017, 249-254.)

Koivisto ym. (2016) toteavat, että palveluintegraation kehittämistarpeet nousevat heidän käyttämässään aineistoissa pääasiassa asiakkaan ja ammattilaisen näkökulmasta. Asiakasnäkökulmasta palveluintegraation kehittämistarpeet painottuvat asiakasprosessien kehittämiseen kokonaisuuksiksi ja ketjumaisiksi, asiakastarpeiden ja palveluiden kohtaamisen sekä palveluiden oikea-aikaisuuden parantamiseen. Ammattilaisen näkökulmasta kehittämistarpeissa nousee esiin tiedon siirtämisen helpottaminen sekä tarve kokonaisvaltaiselle palvelusuunnitelmalle sekä yhteiselle tietojärjestelmälle. Ammattilaisen näkökulmasta myös ammattialojen lähentäminen, sektorirajojen poistaminen, päällekkäisen työn vähentäminen ja työn koordinaation parantaminen sekä poikkihallinnollisuuden edistäminen ovat tärkeitä kehittämiskohteita palveluintegraatioissa. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen väliset tiedonkulun haasteet, erikoissairaanhoidon-painotteisuus

sekä konsultaatiotoiminnan puutteellisuus ovat ongelma tämän hetkisessä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujärjestelmässä. (Koivisto ym. 2016, 11.)

3.3 Moniammatillinen yhteistyö palveluiden integraation edellytyksenä

Hietapakka, Juujärvi, Kaihlanen, Laulainen ja Sinervo (2020) toivat tutkimuksessaan esiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevien ammattilaisten osaamistarpeita, joita lähijohtajien mielestä palvelujen yhteensovittaminen eli integraatio edellyttää. Integraation edellyttämässä osaamisalueissa korostuivat asiakkaan kohtaaminen, monialainen yhteistyö, sähköisten palvelujen hyödyntäminen ja palveluohjaus. Tarkastelin näistä erityisesti monialaiseen yhteistyöhön liittyviä määritelmiä tarkemmin, sillä se on tämän tutkimuksen näkökulmana. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten nähtiin lisäävän moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön merkitystä. Lähijohtajien mielestä yhteistyön pitää perustua asiakkaan parhaaksi toimimiseen ja asiakkaan sujuvaan palvelujen saantiin. Työntekijältä yhteistyö edellyttää eri ammattilaisten ja heidän osaamisensa kunnioittamista, kykyä luottaa muiden tekemään työhön sekä ymmärrystä yhteistyön tarpeisiin. Myös valmius muuttaa toimintaa monialaisemmaksi on tärkeää. Ammattilaisten tulisi hahmottaa asiakkaan tarpeet laajempänä kokonaisuutena ja siten pystyä kartoittamaan tarpeiden ratkaisemiseksi tarvittavien ammattilaisten kokoonpanon. Monialainen yhteistyö edellyttää ammattilaisilta riittävän hyvät vuorovaikutus-, tiimityö- ja verkostotyöskentelytaidot. Monialaisen yhteistyön edellyttämät taidot voidaan kiteyttää siis lyhyesti yhteistyön välttämättömyyden ymmärtämiseen, toisen ammattilaisen näkökulman ymmärtämiseen ja yhteistyötaitoihin. Kun nämä pääkohdat ovat hallinnassa, monialainen yhteistyö voi toteutua tarkoituksenmukaisesti ja tavoitteellisesti. Onnistunut monialainen yhteistyö puolestaan on edellytys palveluiden integraatiolle, jotta integraatio toteutuisi ja siitä saataisiin ne hyödyt ja tavoitteet, joihin sillä pyritään. Integraatio tuottaa hyötyä koko palvelujärjestelmälle aina organisaatiotasolta asiakasrajapintaan saakka. (Hietapakka ym. 2020, 484, 486-487.)

Moniammatillisuudessa on kyse työelämän vuorovaikutuksellisesta muutoksesta, jossa osaaminen nähdään yhä enemmän yhteisasantuntijuutena ja kykynä rakentaa tietoa yhdessä toisten ammattilaisten kanssa. Esimerkiksi Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmäs-

sa (LAPE) sen lisäksi, että sillä pyritään parantamaan lasten ja perheiden saamaa tukea, sen tavoitteena on myös työn kuormittavuuden vähentäminen. On tärkeä ymmärtää, että hyvässä moniammatillisessa tiimissä myös työn haasteet jaetaan yhdessä. LAPE-muutosohjelma jatkuu nyt Sanna Marinin hallitusohjelman ajanakin ja sen tavoitteena on toimintakulttuurin muutoksen edistäminen ja yhdyspintaosaamisen vahvistuminen. Toimintakulttuurin muutoksella viitataan tässä yhteydessä monitoimijaisen, sosiaali- ja terveysalojen osaamista tuloksellisemmin yhdistävän palvelujärjestelmän organisointiin sekä entistä lapsi- ja perhelähtöisempiin palveluihin. Tällä tarkoitetaan sitä, että ammattilaisten tiiviillä yhteistyöllä pystytään ennaltaehkäisemään ongelmia tai tarttumaan niihin tarpeeksi varhain. Yhdyspintaosaamisella tarkoitetaan eri palvelualojen toimintaa yhdistävän työotteen osaamisen vahvistamista. Moniammatillinen yhteistyö on lasten ja perheiden palveluissakin onnistuneen integraation edellytys. Erityisen tärkeää lapsiperheiden kohdalla on asiakkaan osallistamisen suhteen koko perheen huomioiminen etenkin ennaltaehkäisevissä palveluissa. Lapsen sairastaessa myös koko perhettä koskeva ongelmien ennaltaehkäisy korostuu ja vaatii lähes aina moniammatillista osaamista palveluiden sujuvoittamiseksi. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 220-222, 225.)

3.4 Yhteenvedo teoreettisesta viitekehyksestä

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu kahdesta pääkäsitteestä; palveluiden integraatiosta ja vertikaalisesta yhteistyöstä. Integraatiolla sosiaali- ja terveysalalla tarkoitetaan palveluiden yhteensovittamista. Integraatiota voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tyypillisesti integraatio luokitellaan hallinnolliseen ja toiminnalliseen integraatioon. Tämä tutkimus tarkastelee toiminnallista integraatiota eli palveluiden integraatiota. Palveluiden integraatio voi olla eritasoista vapaaehtoisesta sopimuksellisuudesta aina ohjattuihin yhteistuo-
tantomalleihin saakka. Palveluiden integraatiota voidaan toteuttaa asiakastyössä (mikrotaso), organisaatiotasolla (makrotaso) ja järjestelmätasolla (mesotaso). Integraatio voidaan jakaa horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon. Horisontaalinen integraatio tapahtuu järjestelmän samalla tasolla ja vertikaalinen puolestaan järjestelmän eri tasojen välillä kuten tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Palveluiden integraatio ei voi toteutua ilman ammattilaisten välistä yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö on palveluiden integraation ehdoton edellytys. Näkökulma nousi aiemmasta integ-

raatiotutkimuksesta sekä ammattilaisten yhteistyön tutkimuksesta. Meneillään oleva sosi-
aali- ja terveydenhuollon uudistus pyrkii palveluiden integraatiolla tarjoamaan asiakkaan
tarvitsemat palvelut oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti. Aiemmassa tutkimuksessa
integraatiota on tutkittu useimmiten asiakkaan näkökulmasta tai järjestelmän rakenteiden
näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa on ammattilaisten yhteistyön näkökulma. Integraation
haasteena ovat useiden tutkimusten mukaan ammattilaisten välisen yhteistyön ongelmat,
erityisesti tiedon kulun haasteet. Integraatioon liittyvät uudistukset vaativat myös osaamis-
ta muutosjohtamisessa.

Toisena pääkäsitteenä on vertikaalinen yhteistyö. Tällä tarkoitan perusterveydenhuollon ja
erikoissairaanhoidon välistä ammattilaisten moniammatillista yhteistyötä. Korostan verti-
kaalisen yhteistyön käsitteellä moniammatillisen yhteistyön suuntaa järjestelmän eri taso-
jen välillä. Ammattilaisten välisessä yhteistyössä eri tehtävien vaatimia yhteistyön alueita
kutsutaan rajapinnoiksi. Yhteistyön tavoitteena on yleensä osaamisen laajentaminen ja tie-
don jakaminen yhteiseksi hyväksi. Haasteena voidaan nähdäkin oman profession tärkeys ja
kykenemättömyys tutustua avoimesti yhteistyökumppanin osaamiseen. Myös tiedonkulun
haasteet ovat ammattilaisten välisessä yhteistyössä yleisiä. Yhteistyötä voidaan luokitella
esimerkiksi sen toimintaperiaatteiden mukaan. Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan
sitäkin, kun eri ammattiryhmät työskentelevät kukin omillaan saman asiakkaan tarpeisiin
liittyen. He eivät tässä tapauksessa jaa tietoa keskenään, eikä yhteistyöllä ole yhteisiä ta-
voitteita. Vahvemmassa moniammatillisen yhteistyön muodossa ammattilaiset jakavat tie-
toa keskenään raportteina tai lähetteinä, mutta työskentelevät edelleen erillään toisistaan
kuitenkin saman asiakkaan tarpeisiin liittyen. Heillä voi olla yhteinen tavoite asiakkaan
palvelemisessa, mutta jokainen vastaa silti omasta osuudestaan itsenäisesti. Vahvin ja rik-
kain moniammatillisen yhteistyön muoto on se, kun työtä tehdään yhdessä yhteistä tietoa
rakentaen. Asiakkaan tarpeita koordinoi ehkä yksi henkilö, mutta palveluihin osallistuu
yhteistyössä useita ammattilaisia. Tieto on yhteistä ja asiantuntijuus jaettua, sekä asiakas
on myös osallinen oman palvelunsa suunnittelussa. Palvelusta muodostuu yksi kokonai-
suus. Onnistunut ammattilaisten välinen yhteistyö edellyttää riittäviä ajallisia ja taloudelli-
sia resursseja, yhteisiä koulutuksia ja tiimityötaitoja sekä yhteistyötä tukevaa organisaa-
tiokulttuuria ja johtamista. Yhteistyö edellyttää selkeää sopimusta ja ymmärrystä rooleista
ja vastuista sekä yhteisten tavoitteiden määrittelyä. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö
on edellytys palveluiden integraatiolle, jotta integraatio toteutuisi ja sillä saavutettaisiin
sille asetetut tavoitteet. Palveluiden integraatio tuottaa hyötyä koko palvelujärjestelmälle.

4 AINEISTO JA ANALYYSI

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus, koska tarkoituksena on löytää ja kuvailla perusterveydenhuollon yhteistyön tarpeita lasten somatiikan sairauksien hoidossa Lapin sairaanhoitopiirissä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Arvot ohjaavat sitä, miten tutkija ymmärtää tutkittavia ilmiöitä. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita, ei todentaa olemassa olevia väittämiä. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään tyypillisesti todellisissa tilanteissa ja ihmistä suositetaan tiedon keruun instrumenttina. Tutkijan omien havaintojen ja tutkittavien kanssa käytyjen keskustelujen lisäksi aineistona käytetään usein lomakkeita ja testejä. Aineiston hankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavien ääni pääsee esille. Tutkittava kohde valitaan tarkoituksenmukaisesti. Laadullinen tutkimus on joustava ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Laadullinen tutkimus on aina ainutlaatuinen ja sen aineistoa tulee tulkita sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 160-164.) Denzin ja Lincoln (1994) kuvaavat laadullista tutkimusta luonnollisten asetelmien tutkimisena, jossa tutkija pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan ilmiöitä ihmisten luomien merkitysten kautta. Laadullinen tutkimus on kokoelma tulkitsevia käytänteitä ja metodeja, joista mikään ei ole etuoikeutetumpi toista. Laadullinen tutkimus painottaa sosiaalisesti rakennettua todellisuutta, tutkijan ja tutkittavan ilmiön tiivistä suhdetta sekä olosuhteellisia rajoitteita, jotka muokkaavat tutkimusta. Laadullinen tutkimus kohdentuu prosesseihin ja merkityksiin, jotka eivät ole perusteellisesti testattuja tai mitattuja. (Denzin & Lincoln 1994, 1-4.)

Tapaustutkimus on tutkimustapa, jonka sisällä voidaan käyttää erilaisia aineistoja ja menetelmiä. Tutkimuskohde on joku ilmiö tai tapahtumakulku ja tapaustutkimuksessa tarkastellaan usein pientä joukkoa tapauksia tai yhtä tiettyä tapausta. Lähtökohtana tapaustutkimuksessa on kerätä mahdollisimman monipuolinen aineisto ja kuvata kohde perusteellisesti. Tapaustutkimukselle on tyypillistä, että siinä pyritään selvittämään jotain mikä ei ole ennestään tiedossa tai asia vaatii lisäselvitystä. Siinä tarkastellaan usein monimutkaisia ja pitkään jatkuvia ilmiöitä, ja se soveltuu vastaamaan kysymyksiin miten ja miksi. Tutkittava tapaus on tutkijan tiedon mukaan jollain lailla tärkeä, mutta sen lopullinen merkitys selviää vasta tutkimuksen kuluessa. Tapauksina tai havaintoyksikköinä voivat olla esimerkiksi

organisaatiot tai kumppanuudet. Usein tutkijalla on tiedossa tietyt käsitteet, jonka pohjalta hän valitsee tutkimuksen kohteen eli tapauksen, jossa pääsee käyttämään käsitteitä. Tapaustutkimuksen tuloksia voidaan yleistää koskemaan laajempaa kokonaisuutta kuin pelkätkä tutkittava tapaus tai niitä voidaan yleistää tapauksen sisään. Näistä ensimmäinen on perinteisempi tapa ja sillä pyritään kertomaan mitä tutkimuskohteesta, eli esimerkiksi jostain ilmiöstä mitä tapaus ilmentää, voidaan sanoa tutkittavan tapauksen perusteella. Tämä tutkimus on tapaustutkimus, sillä se tutkii tietyn organisaation ja tietyn potilasryhmän hoitoon liittyvää ammattilaisten yhteistyötä ja tämän kohderyhmän palveluiden integraatiota. Tutkittava tapaus on ennalta määriteltujen kriteereiden mukainen eli organisaation yksikkö, joka tekee yhteistyötä organisaation toisen tason yksikön kanssa tämän tietyn kohderyhmän palveluihin liittyen. Tämän tapaustutkimuksen tuloksia voidaan yleistää koskemaan laajempaa kokonaisuutta eli saman organisaation muitakin erikoisaloja tai saman kohderyhmän, lasten ja nuorten, palveluita muissa sairaanhoitopiireissä. Ilmiönä tapaus tuottaa tietoa lapsiperheiden palveluiden parantamiseksi Suomen hallitusohjelman mukaisesti. (Laine, Bamberg & Jokinen 2008, 9-11, 27.)

Staken (1994) mukaan tapaustutkimus voi olla yksinkertainen tai kompleksinen. Tapaustutkimuksessa tutkitaan yhtä tapausta. Tutkimuksen toteutus voi olla hyvin erilainen, mutta se keskittyy aina vain yhteen tapaukseen, jonka sisällä tapahtuva ilmiö on tutkimuksen kohde. On tunnistettava ominaisuudet, jotka kuuluvat tapaukseen ja ovat merkityksellisiä kontekstissa. Stake luokittelee tapaustutkimukset sisäsyntyisiin ja välineellisiin tutkimuksiin. Sisäsyntyisessä tapaustutkimuksessa tutkimus toteutetaan, koska tietystä tapauksesta halutaan parempi ymmärrys. Tapaus ei siis varsinaisesti edusta muita tapauksia tai mitään erityistä ongelmaa vaan tapaus itsessään on kiinnostuksen kohde. Välineellisissä tapaustutkimuksissa puolestaan tietty tapaus on tutkittavana, koska se tarjoaa näkymän jonkin teorian kehittelyyn. Tapauksella on tällöin tukea antava rooli helpottaa ymmärrystämme jostakin muusta. Tällainen tapaus voi olla tyypillinen muihin tapauksiin verraten tai sitten ei, mutta se on valikoitunut tutkimukseen koska sen odotetaan edistävän ymmärrystä ilmiöstä. Tapaustutkimuksessa tutkitaan yhtä tiettyä tapausta. Tutkija kertoo tuloksissa mitä hän on oppinut tutkimuksessa. Toisaalta hän myös tuottaa lukijalle materiaalia lukijan omaa oppimista varten. Tuloksissa tutkija kokoaa havainnoistaan ja tulkinnoistaan väitteitä tai yleistyksiä tapauksesta. Tapaustutkimuksen haasteena voi olla tutkijan itsensä sijoittaminen kontekstiin ja tapaukseen sekä tutkittavan kohteen anonymiteetin säilyttäminen, kun tapausta pyritään kuvaamaan mahdollisimman syvällisesti. Tässä tutkimuksessa tutkija

sijoittuu vahvasti tähän tutkimuksen kohteena olevaan kontekstiin ja tutkimuksessa on pyritty ottamaan tämä mahdollisuutena ja tutkijan ymmärrystä lisäävänä tekijänä. Tapauksen nimen ja sijainnin sai kyseisen yksikön johtajan puolesta sekä haastateltavien puolesta julkaista. Haastateltavien nimiä ei julkaista. (Stake 1994, 236-244.)

Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelu, jossa tutkija pyrkii saamaan selville haastateltavilta tutkimuksen aihepiiriin kuuluvia asioita. Haastattelutilanteen erottaa tavallisesta keskustelusta se, että haastattelu toteutuu tutkija aloitteesta ja se on tavoitteellinen tiedonkeruun tilanne. Tyypillisesti haastattelu myös tallennetaan. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet ovat ennalta määrättyjä. Kysymyksiä ei muotoilla tarkasti eikä haastattelussa edetä välttämättä tietyssä järjestyksessä. Haastattelijan tulee kuitenkin huolehtia, että jokainen teema-alue käydään jokaisessa haastattelussa läpi. Haastateltavan asemasta tutkitavassa kohteessa riippuen voi jokin tietty teema-alue painottua enemmän ja toisen haastateltavan kohdalla puolestaan jokin toinen teema-alue saa enemmän painoarvoa. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelu oli mielestäni sopivin aineistonkeruumenetelmä, koska tutkimustapauksesta haluttiin mahdollisimman spontaania aineistoa teema-alueisiin liittyen. Tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä muodostuivat teemahaastattelun neljä teema-aluetta aiempaan tutkimustietoon perustuen. Teema-alueita olivat *nykytilanteen kuvaus, palveluiden integraatio ja erikoissairaanhoidon tuki (yhteistyön tarpeet), palveluiden integraation ja vertikaalisen yhteistyön edellytykset ja mahdollisuudet (menetelmät) sekä palveluiden integraation ja vertikaalisen yhteistyön riskit ja haasteet*. Liian strukturoitu haastattelurunko tai ennakkoon määritellyt kysymykset olisivat rajanneet myös tutkitavan ilmiön tuloksia ja ikään kuin kahlinneet aineiston tuottamaan vain tietyn tyyppisiä tuloksia. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä antoi riittävän vapauden haastateltavalle ja haastattelijalle edetä vuorovaikutteisesti keskustellen eri teema-alueiden kautta. Teemahaastattelu antoi haastateltavalle mahdollisuuden ottaa esiin aiheita, jotka eivät varsinaisesti olleet valmiina teema-alueiden sisällä. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 24-26.)

4.2 Tutkimusaineisto

4.2.1 Tutkimuskohde ja -tapaus

Tutkimuskohteena on palveluiden integroiminen erikoissairaanhoidosta terveydenhuollon perustasolle vertikaalisen yhteistyön avulla. Tutkittavana tapauksena on Muonio-Enontekiö alueen lasten ja nuorten perusterveydenhuolto. Alueen erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Lapin keskussairaala Rovaniemellä. Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuolto kuuluu Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alaisuuteen muista Lapin kunnista poiketen. Tutkimustapauksena oleva perusterveydenhuollon yksikkö on hallinnollisesti samaa organisaatiota alueen erikoissairaanhoidon yksikön kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2021.) Tutkimustapaus edustaa perusterveydenhuollon yksikköä, jonka ammattilaiset tekevät yhteistyötä alueen erikoissairaanhoidon yksikön kanssa vertikaalisesti. Palveluiden integroiminen erikoissairaanhoidosta toteutuessaan tapahtuu näiden yksiköiden välillä. Tutkimuksen kontekstina ovat julkiset terveydenhuollon palvelut lasten ja nuorten somaattisten sairauksien hoidossa. Ammattilaisten välisen yhteistyön tutkiminen rajautuu lasten somatiikan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, tarkemmin neuvoloiden, kouluterveydenhuollon ja terveystieteiden, väliseen yhteistyöhön. Tuloksia on mahdollista teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta soveltaa kyseisten yksiköiden välillä myös muille erikoisaloille sekä kyseisen erikoissairaanhoidon yksikön yhteistyöhön muiden kuntien perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa. Laajemmassa mittakaavassa tuloksia voidaan hyödyntää myös muiden sairaanhoitopiirien palvelujen integroimisessa.

4.2.2 Lasten ja nuorten palvelut kontekstina

Tutkimuksen kontekstin muodostavat julkiset terveydenhuollon palvelut lasten ja nuorten somaattisten sairauksien hoidossa. Konteksti on sisäinen näkökulma, jonka kautta tulkitaan tässä tutkimuksessa ilmiötä yhteistyön tarpeista sekä niiden vaikutusyhteyksiä terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Tutkijalta vaaditaan kaksoiskontekstin eli niin kutsutun hermeneuttisen kehän huomioimista. Eli tutkijan on ymmärrettävä konteksti, josta asia on peräisin ja sen lisäksi on ymmärrettävä asiakokonaisuus, joka heijastelee kontekstia. Itse tutkijana edustan lasten somatiikan erikoissairaanhoidon ja ymmärrän kontekstin toiminta-

tavat ja -periaatteet. Ilmiö asiakokonaisuutena kuitenkin on minullekin uusi ja mielenkiintoinen, yhteistyön tarpeet ja sen kehittämismahdollisuudet luovat edellytykset palveluiden integraatiolle. Tutkittava ilmiö, joka edustaa tätä kontekstia, tulee sovittaa merkityksellisesti kontekstiin sopivaksi analyysistä nousevien uusien tulkintojen kautta. (Eräsaari 2008, 150-155.)

Lasten, nuorten ja perheiden palveluista osa on koko kyseiselle ikäryhmälle suunnattuja kuten esimerkiksi varhaiskasvatus tai opiskeluhuolto. Osa lapsista ja nuorista tarvitsee tukea kasvuun, kehitykseen, terveyteen tai oppimiseen. Osa tarvitsee erityistason ja vaativia palveluita kuten erikoissairaanhoidtoa, kuntoutusta tai sosiaalipalveluja. Suuri osa lapsista ja nuorista osallistuu myös muuhun toimintaan kuten liikuntapalveluihin. Osa edellä mainituista palveluista muodostaa jatkumon, jolloin lapsen ja nuoren siirtyminen palvelusta toiseen muodostaa yhdyspinnan. Lapsi, nuori tai perhe saattaa myös käyttää eri tason palveluita samanaikaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä meneillään oleva lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma kokoaa lasten ja lapsiperheiden palveluita yhteen muun muassa perhekeskustoimintamallin avulla. Erityistason palvelut on edelleen tarkoitus tuottaa maakunnissa keskitetysti. Perhekeskustoimintamallin avulla vastataan palveluiden hajanaisuuteen, palvelun saannin hitauteen, palvelun tarpeisiin vastaamattomuuteen ja sektorimaisuuteen. Siinä verkostoidaan julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin toimijoita sekä integroidaan palveluita horisontaalisesti ja vertikaalisesti. Erityistason ja perustason yhteistyö eli vertikaalinen integraatio tuovat erityistason palvelut etulinjaan ja toisaalta jakavat tietoa keskenään. Tämä edellyttää uusia konsultaatiomuotoja ja uudentyyppisen yhdessä työskentelyn kehittämistä sekä vertikaalisten yhdyspintojen hyvää hallintaa. (Heinonen ym. 2018, 56-57, 80, 91.)

Vertikaalisen integraation lähtökohtana on peruspalvelujen ensisijaisuus. Lapsi- ja perhepalveluiden integraation tavoitteena on, että lasten ja perheiden hyvinvointi lisääntyy ja perheet tulevat autetuiksi oikea-aikaisesti, mahdollisimman varhain lapsen tai nuoren normaalissa kehitysympäristössä. Tavoitteena on myös eritasoisten, peräkkäisten ja päällekkäisten arviointien vähentäminen. Perustasolla tarjotaan tukea sekä palveluita riittävän ja monipuolisen erityistason osaamisen tuella. Eri alojen ammattilaiset tukevat toistensa osaamista lapsen ja perheen parhaaksi. Tällaista toimintamallia kutsutaan asiantuntijakumppanuudeksi. Verkostomainen toimintamalli perustuu vuorovaikutuksen lisäämiseen, yhteisiin tavoitteisiin, yhteisöllisyyteen ja perheen osallisuuteen. Mertsola, Talvenkorpi,

Santanen ja Tapiola (2017) tarkensivat lasten somaattisen erikoissairaanhoidon olemassa olevia integraatiotarpeita. Kyseinen julkinen sektori tutkii, hoitaa ja edistää lasten ja nuorten terveyttä. Lasten somaattisten sairauksien avohoito perustuu vahvaan erikoissairaanhoidon yksikköön sekä siihen kiinteästi liittyviin avohoidon vastaanottoihin. Mertsola ym. toteavat lasten vaativamman erikoissairaanhoidon, esimerkiksi vastasyntyneiden tehohoidon, jatkuvan tulevaisuudessakin varsin samanlaisena joskin hoitojen keskittämisisä voidaan tehdä jotain tarkennuksia valtakunnallisesti. Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon selkeitä integraatiosta hyötyviä potilaita ovat tiiviimmän ja pitkänkin sairaalajakson vaativat potilaat. Tällaisia ovat esimerkiksi keskosena syntyneet lapset tai pitkiä osastojaksoja tarvitsevat vakavasti sairaat lapset. Näissä tilanteissa vertikaalista integraatiota tarvitaan neuvolan, kotisairaanhoidon ja sairaalan välillä. Lapsen hoidossa voi olla tiiviisti mukana myös erilaisia terapiapalveluita. Tiedon kulku eri hoitavien tahojen välillä on laadukkaan hoidon edellytys. Lasten avosairaanhoidon eli avopediatrian palveluita on vaihtelevasti tarjolla eri puolella Suomea. (Mertsola ym. 2017, 40-41.)

Vertikaalisen integraation tavoitteena on erityistason prosessien näkökulmasta tuoda erityistason osaamista perustasolle ja samalla integroida perheen oma asiantuntijuus sekä peruspalvelujen asiantuntijuus erityis- ja vaativan tason palvelujen näkemykseen. Tällä tavoitteellaan palvelujen päällekkäisyyksien vähenemistä, vaikuttamattoman tuen poistumista, toiminnallisten ristiriitaisuuksien häviämistä ja prosessien saumatonta toimintaa. Tämä kaikki lisää asiakaslähtöisyyttä ja siten myös asiakastyytyvääisyyttä. Lopputuloksena on tarpeen mukainen, näyttöön perustuva ja ruuhkaton hoitoon pääsy sekä hoidon sisällä siirtyminen sosiaali- ja terveystalveluissa. Palvelujärjestelmässä pyritään poislähtettämisen kulttuurista kutsumisen ja osallisuuden vahvistamisen kulttuuriin. Avainasemassa ovat lapsen lähityöntekijät päivähoitossa, koulussa tai neuvolassa, joiden tulee tunnistaa tilanteet, joissa asiakkaan edun mukaista on kutsua mukaan erityisasiantuntijoita. Erityistason palvelut integroidaan perustasolle eli asiakasta ei lähetetä erityistason palvelujen piiriin, vaan kyseiset asiantuntijat liittyvät tukemaan ja hoitamaan asiakkaan asiaa monitoimijaisesti. Asiakasperheen, erityistason ja perustason yhteen kokoontumisen jälkeen muodostetaan asiakkaan hoidosta yhteinen suunnitelma. Tämä on prosessiajattelua, jossa käytetään dialogista tiedonmuodostusta. Näin erityistason osaaminen on nopeasti perustason käytössä. Integraatio toimii myös toisinpäin eli erityistason talveluissa asiantuntija kutsuu mukaan hoidon suunnitteluun myös perustason lähityöntekijät. Erikoissairaanhoidon nopea ja osaava diagnosointi helpottuu ja osaamisen myötä erityistalsole lähettäminen ja erikoistut-

kimuksien määrä vähenee. Hoitoprosessit painottuvat perustasolle ja erityistason työnkuva muuttuu enemmän konsultatiiviseksi. (Mertsola ym. 2017, 42-43.)

4.2.3 Empiirinen aineisto

Haastateltavat valittiin tutkimustapauksesta eli Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollosta. Tutkimukseen valittiin terveydenhoitajia ja lääkäreitä, jotka kohtaavat työssään lapsia ja nuoria sekä heidän perheitään. Nämä ammattiryhmät tekevät yhteistyötä erikoissairaanhoidon ammattilaisten, sairaanhoitajien ja lastenlääkäreiden, kanssa. Haastateltavien löytäminen osoittautui erittäin työlääksi. Terveystenhuoltoalaa kuormitti tutkimuksen tekemisen aikaan vallitseva maailmanlaajuinen koronapandemia, jonka voidaan varmasti todeta vaikuttaneen haastateltavien löytämiseen. Lisäksi tutkittava tapaus on suhteellisen pieni terveydenhuollon toimialue henkilöstömäärältään, joten vapaaehtoisten löytäminen on entistä haastavampaa pienestä ryhmästä ihmisiä. Tutkimuskohteena olevan ilmiön kannalta haastateltavat oli saatava tietyistä yksiköistä, tiettyä organisaatiota edustaen sekä ennalta määrättyistä ammattiryhmistä. Tutkimuksen toteuttamista helpottava tekijä oli tutkittavan perusterveydenhuollon yksikön ja tutkimuksen toimeksiantajan sama hallinnollinen organisaatio. Yhdellä tutkimusluvalla eteneminen nopeutti tutkimuksen etenemistä, ja lopujen lopuksi myös kontaktit organisaation sisällä auttoivat löytämään haastateltavat. Tutkija itse työskentelee samassa organisaatiossa erikoissairaanhoidossa, jonka vuoksi kontaktien hyödyntäminen oli mahdollista. Tutkijalla on usean vuoden työkokemus lasten somaattisten sairauksien yksiköstä erikoissairaanhoidosta, joten ymmärrys haastateltavien käsittelemistä aiheista oli tutkimusprosessissa eduksi. Tämä myös osaltaan edisti haastateltavien kanssa käytävää vuorovaikutusta, sillä haastateltavat ehkä kokivat keskustelewansa yhteistyökumppanin kanssa. Tutkija yritti kuitenkin pysyä mahdollisimman neutraalina haastattelutilanteessa ja olla vaikuttamatta haastateltavien vastauksiin tai mielipiteisiin.

Haastateltavia etsittiin aluksi kyseisen alueen perusterveydenhuollon yksiköiden esimiesten välityksellä sähköpostitse. Etsintä ei tuottanut yhtään vapaaehtoista. Tämän jälkeen haastateltavia etsittiin esimiehiä uudelleen lähestymällä ja erikoissairaanhoidon kontaktien kautta. Suositeltuihin henkilöihin oltiin suoraan sähköpostilla yhteydessä ja yhteensä haastateltavia saatiin kuusi kappaletta. Haastateltavat toimivat työssään terveydenhoitajina tai

lääkäreinä Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollon yksiköissä; äitiys- ja lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, terveyskeskuksissa ja -asemilla sekä päivystyksessä. Haastattelut toteutettiin joulukuussa 2020 etäyhteyksillä vallitsevan koronatilanteen vuoksi. Yksi haastattelu toteutettiin puhelinhaastatteluna etäyhteyksien tilapäisen toimintahäiriön vuoksi. Muissa haastatteluissa etäyhteydet toimivat lähes moitteettomasti. Kameratehtävyyttä ei pystytty hyödyntämään, koska se hidasti verkkoyhteyttä häiritsevästi. Tämän vuoksi sekä tutkijan että haastateltavan eleet ja ilmeet eivät päässeet osaksi vuorovaikutusta normaaliin kasvotusten tehtävään haastatteluun verrattuna. Haastattelujen kestot olivat 24-50 minuuttia ja ne tallennettiin sanelin sovellukseen. Litteroitua aineistoa syntyi yhteensä 43 sivua rivivälillä 1,5. Haastateltavien määrä tuntui aluksi hieman pieneltä, mutta aineistoa kertyi kuitenkin kohtuullinen määrä. Aineiston riittävyyttä kuvaa se, että aineistosta löytyi usein toistuvia asioita sekä ilmiöitä ja aineistosta pystyi tekemään riittävästi tulkintoja ja johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija itse litteroi aineiston. Vaikka litterointi on työläs vaihe, se antaa tutkijalle etumatkaa analyysiin. Aineisto tulee tutuksi jo litteroinnin aikana. (Eskola ym. 2018; Hirsjärvi ym. 2009.)

4.3 Aineiston analyysi

Empiirinen aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, jossa aineiston analyysia ohjasi teoreettisen viitekehyksen perusteella muodostettu käsitejärjestelmä. Teoriaohjaavan analyysin päättelyn logiikka on tutkijan ajatteluprosessi, jossa vuorottelevat aineistolähtöisyys ja valmiit teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-123.) Laadullinen analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta eli tulkinnasta. Nämä vaiheet nivoutuvat käytännössä yhteen. Aineistoa tarkastellaan aina tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta ja näin kiinnitetään huomiota vain olennaiseen, teoreettiseen viitekehykseen liittyviin, havaintoihin. Analyysissa nämä raakahavainnot seuraavaksi yhdistellään joukoiksi. Laadullisessa analyysissa tulee suhtautua varauksella erotteluun ja tyypittelyyn. Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan sitä, että tuotettujen johtolankojen ja vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 2011, 29-34.)

Toteutin tutkimuksessa havaintojen pelkistämisen litteroidusta aineistosta alleviivaamalla aluksi kaikki merkitykselliset havainnot. Merkityksellisyys tarkoitti tässä kohtaa havainnon liittymistä jollakin tavalla tutkimustehtävään. Toisaalta valituksi tuli myös poikkeuksellisia yksittäisiä havaintoja, jotka poikkesivat teoreettisista olettamuksista. Teoriaohjaava sisällönanalyysi oli käytännössä analyysissa mukana heti pelkistämisestä lähtien, sillä tutkimustehtävän sisältämät keskeiset käsitteet toimivat merkityksellisyyden määrittäjänä. Tämän jälkeen pelkistetyt havainnot vietiin taulukkoon teema-alueittain. Teema-alueet olivat samat kuin teemahaastattelussa käytetyt teemat. Analyysin seuraavassa vaiheessa ryhdyin uudelleen luokittelemaan havaintoja yhdistelemällä ja toisaalta erottelemalla joitakin poikkeavia havaintoja. Teoriaohjaavuus korostui myös tässä analyysin vaiheessa, sillä tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ohjasivat tätä luokittelua ja sisällöstä rajautui ulos siihen sopimaton aineisto. Teoreettisiin lähtökohtiin liittyvät, mutta aineistossa enemmistöä poikkeavat ilmiöt nousivat myös omaan luokkaansa. Näin syntyi uusia alaluokkia, jotka yhdistelin vielä uusiksi yläluokiksi. Muodostaessani näitä ala- ja yläluokkia, palasin alkuperäisaineistoon arvioimaan omaa tulkintaani suhteessa alkuperäisaineiston lausumaan. Tämän analyysiprosessin lopputuloksena syntyivät tutkimustulokset eli uudet yläluokat, jotka olivat *lähtökohdat vertikaaliseen yhteistyöhön, yhteistyön tarpeet palveluiden integraation näkökulmasta sekä palveluiden integraation hyödyt ja haasteet*. Menetelmänä teoriaohjaava sisällönanalyysi tuntui oikealta ratkaisulta, koska tutkimuksessa etsittiin tietoa tietystä ilmiöstä eikä aineistolähtöisesti.

4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan tulee huomioida tutkimuksen eettiset näkökulmat. Tutkimusetiikan haasteet voivat liittyä esimerkiksi haastateltavien yksityisyydensuojaan, haitan aiheuttamiseen haastateltaville tai tutkijan epärehellisyyteen tutkimusprosessin aikana. Myös Punch (1994) listaa yleisimmiksi laadullisen tutkimuksen eettisiksi ongelmiksi haitat, suostumukseen liittyvät haasteet, petokset, yksityisyyteen liittyvät haasteet ja aineiston luottamuksellisuuteen liittyvät haasteet. Tutkijan on oltava aina rehellinen, suora ja täsmällinen tutkimuksen tarkoituksessa. Tässä tutkimuksessa tutkijan sijoittuminen kontekstiin aiemman työkokemuksen ansiosta, joka on lastenyksiköstä erikoissairaanhoidosta, lisää tutkimuksen luotettavuutta. Konteksti on tutkijalle tunnettu ja se vähentää väärin ymmärrysten sekä tulkintojen virhe-

lisyyden määrää. Tutkimuksessa olen kuvaillut suorittamani tutkimusprosessin mahdollisimman avoimesti. Tutkijana olen ollut huolellinen aiempiin tutkimuksiin viitattaessa, jotta aiempi tutkimus saa sille kuuluvan arvostuksensa. Haastateltavien asiallinen ja rehellinen kohtelu kuuluu olennaisena osana eettisesti hyvään tutkimusprosessiin. On eettisesti oikein informoida haastateltavia mihin tutkimukseen he antavat suostumuksensa ja mikä on heidän osuutensa tutkimuksessa. Aina, kun tutkittavana ovat ihmiset, tulee heitä kunnioittaa ja kohdella asianmukaisesti. Tutkimuksen kontekstina on terveydenhuoltoala, jolloin erityistä varovaisuutta on syytä käyttää esimerkiksi tulosten raportoinnissa ja tiedon käsittelyssä tutkimuksen aikana. Terveystieteiden ammattilaisten haastattelemisen edellyttää lupaa tutkimuskohteena olevalta organisaatiolta. Koska tutkittavana ei ollut potilaita tai asiakkaita, ei erillistä eettisen toimikunnan lupaa tarvinnut tähän tutkimukseen hakea. Ihmisten haastattelu edellyttää aina tietynlaista luottamuksen syntymistä tutkijan ja haastateltavan välille. Tämä on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys ja luo pohjaa myös tieteelliselle jatkotutkimukselle saman ilmiön ympärillä. Tutkija luo mahdollisuudet myös muille tutkijoille jatkaa aihepiiriin parissa, jos tutkimus on toteutettu eettisesti oikein ja luotettavasti. (Punch 1994, 83-94.)

Tutkimusaineiston keruussa tutkijan on huolehdittava tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeuksista ja kohtelusta. Tutkimuksen toteutusta varten on haettu kirjallinen lupa tutkimukselle Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä. Haastateltavat olivat samasta organisaatiosta, Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollosta, joten erillistä tutkimuslupaa ei perusterveydenhuollosta tarvittu. Haastateltavat täyttivät tutkimukseen suostumuslomakkeen, jossa heille annettiin tiedoksi aineistonkäyttöön sekä säilytykseen liittyvät tiedot ja jossa he allekirjoituksellaan todensivat saaneensa tietoa tutkimuksesta sekä lupautuvansa tiedonantajaksi (Punch 1994, 92-94). Jokainen haastateltava antoi suostumuksen haastattelun tallentamiseen. Aineisto tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Jokainen haastateltava antoi suostumuksen julkaista tutkittavan perusterveydenhuollon yksikön nimen. Haastateltavien nimiä ei julkaista ja tulokset esitetään niin, etteivät henkilöt ole tunnistettavissa. Valmis tutkimus luvattiin toimittaa haastatelluille tutustuttavaksi. Tutkimustulokset tullaan esittelemään myös toimeksiantajalle eli Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän organisaatiolle joko luentona tai blogikirjoituksena.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden näkökulmasta. Uskottavuutta voidaan arvioida tutki-

mukseen osallistuneiden riittävällä kuvauksella sekä arviolla kerätyn aineiston todenmukaisuudesta. Olen kuvannut tutkimukseen osallistuneista haastateltavista tutkimukseen olennaisesti liittyvät tiedot kuitenkin yksityisyydensuojaa rikkomatta. Kerätyn aineiston todenmukaisuutta olen pyrkinyt todentamaan riittävällä määrällä aineistonäytteitä tutkimustulosten ohessa. Siirrettävyyttä voidaan arvioida tulosten siirrettävyydellä tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin. Tutkimuksen tulokset lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja tuloksia voi olla mahdollista soveltaa saman organisaation muillekin erikoisaloille eli vastaaviin konteksteihin kuin lasten ja nuorten terveystalvet tai ne voidaan siirtää vastaaviin konteksteihin muihin organisaatioihin eli sairaanhoitopiireihin. Riippuvuutta voidaan arvioida sillä, onko tutkimus toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavien perusteiden. Tutkimuksessa on noudatettu tieteellisen tutkimuksen ohjeistuksia eli on toimittu rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti tutkimustyössä. Tutkimuksessa on käytetty tieteelliseen tutkimukseen soveltuvaa tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tulokset julkaistaan asianmukaisella tavalla eli tutkielma tallennetaan tiedekunnan ohjeistuksen mukaisesti sähköiseen järjestelmään. Tutkimus on ohjeistuksen mukaisesti sovittu toimeksiantajan sekä yliopiston kanssa sekä ohjattu ja arvioitu tieteellisen käytännön mukaisesti. Vahvistettavuutta voidaan arvioida tehtyjen ratkaisujen ja päätelyn oikeutuksella eli lukijan on pystyttävä seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päätelyä. Olen pyrkinyt avaamaan analyysiprosessin mahdollisimman tarkasti sekä kirjoittamaan tulokset sekä niiden tulkinnat auki niin, että lukija ymmärtää miten olen päätenyt tekemiini johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Lähtökohtia vertikaaliseen yhteistyöhön

5.1.1 Pitkät välimatkat ja väestön pienuus

Empiirinen aineisto käsitteli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön nykytilannetta. Tulevaisuuden integraatio- ja yhteistyömahdollisuuksien kehittäminen edellyttää yhteistyön nykytilanteen ymmärtämistä. Aineistossa korostui tutkittavan tapauksen, Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollon, erityispiirteet yhteistyön kannalta, joita olivat fyysisesti pitkä välimatka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä kyseisen tapauksen pieni väestömäärä ja siten myös vähäinen lasten sekä nuorten osuus väestöstä. Kolme kuudesta haastateltavasta kuvasi näitä erityispiirteitä nykytilanteesta kertoessaan ja tämän lisäksi pitkät välimatkat sekä väestön pienuus tulivat esille useassa eri asiayhteydessä. Näiden erityispiirteiden nähtiin vaikuttavan suoraan siihen, millaista yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa tällä hetkellä on sekä millaisia edellytyksiä ne luovat yhteistyön kehittämiseksi ja erikoissairaanhoidon tuen järjestämiselle. Pitkien välimatkojen nähtiin lisäävän konsultaatioiden määrää. Hoitopäätösten tekemiseen halutaan erikoissairaanhoidon vahvistus, ettei potilasta tarvitse turhaan lähettää pitkän matkan päähän jatkohoitoon tai päinvastoin, ettei potilas jää lähettämättä jatkohoitoon, jos hän sitä todellisuudessa tarvitsee. Lapsia on Muonio-Enontekiö alueella korkeintaan 30-40 jokaista vuosiluokkaa, joten lasten somaattinen sairastavuuskin on alueella suhteellisen pientä tai se ei perusterveydenhuollossa näy tai merkittävästi työllistä. Toisaalta lasten vähäinen määrä nähtiin työtä helpottavana tekijänä ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa tässä suhteessa vähäisenä. Toisaalta juuri lasten vähäinen määrä nähtiin haasteena osaamisen ylläpitämiselle, jota erikoissairaanhoidon tuella voitaisiin vahvistaa. Lasten somaattisten sairauksien hoitovastuu nähtiin olevan vahvasti erikoissairaanhoidossa, joten kyseinen potilasryhmä nähtiin helposti jopa jäävän perusterveydenhuollon ulkopuolelle. Päivystyksen nähtiin myös muuttuneen osin pidemmän aikavälin tarkastelussa ja osin koronapandemian aikana niin, ettei infektio-oireisia lapsia enää päivystyspotilaina esiinny yhtä paljon kuin ennen. Tämä nähtiin riskinä siihen, ettei infektio-oireisen lapsen kuivuman arviota osata välttämättä enää tehdä jatkossa. Harvat toistomäärät tällä pienellä erikoisalalla haastavat terveydenhuollon osaamista.

”Mutta onhan se haaste, ko aatellaan että kuinka pitkät välimatkat on. Kuitenki yli 300km on sinne.”

”Että aika paljon semmosta tietysti ku matkat on pitkät, että sitte niinkö konsultoidaan.”

”Loppujen lopuksi ko meillä on se populaatio niin väestökin on lasten suhteen pieni.”

”Ja sitten, ehkä meiän lapsimäärä on ihan oikeestikin aika pieni, meillähän ei Muoniossa ja Enontekiöllä ole yhtä vuosiluokkaa kuin ehkä 30 tai max 40 yhteensä...niin siinä ei semmonen somaattinen sairastavuus ihan hirveästi es niinku näy, ettei ole. Mutta se on varmaan niinku semmonen porukka joka voi vähän niinku hukkuakin, tai ei oo meiän niinku päivittäisessä näköpiirissä...selvästi asia joka ei ihan hirveästi työllistä.”

Näitä tutkimuksessa esiin nousseita erityispiirteitä ei varsinaisesti käsitelty aiemmassa integraatiotutkimuksessa, johon perehdyin. Pitkät välimatkat korostuvat erityisesti Lapin sairaanhoitopiirin alueella ja haaste on todellinen. Pitkien välimatkojen vuoksi erikoissairaanhoidon kanssa tehtävä yhteistyö edellyttää toimivia ratkaisuja tilanteeseen, jossa potilaan edun mukaista ei ole lähettää häntä erikoissairaanhoidon varmuuden vuoksi vaan tarveperustaisesti. Ymmärrettävästi perusterveydenhuolto kaipaa hoitopäätöksiin erikoissairaanhoidon tukea, etenkin potilaan ollessa lapsi tai nuori. Lapsiperheiden palveluiden parantamisen tavoite hallitusohjelmassa kuitenkin ohjaa terveydenhuoltoa kehittämään palveluprosesseja asiakkaan tarpeita vastaaviksi palvelukokonaisuuksiksi, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti (Halme & Tiirinki 2019, 2-3). Vaikka tutkimustapauksena olleen kunnan lapsimäärät ovat pienet, ei se kevennä hallitusohjelman tavoitetta vaan päinvastoin. Pienten lapsimäärien vuoksi tavoitteeseen pääseminen voi olla haasteellisempaa, mutta palveluiden integraation näkökulmasta ammattilaisten välinen vertikaalinen yhteistyö on ratkaisu tähän haasteeseen. Pienet lapsimäärät eivät kuormita perusterveydenhuoltoa, mutta tarve erikoissairaanhoidon kanssa tehtävälle yhteistyölle on todellinen, kun osaamista halutaan varmistaa ja tehdä tietoon perustuvaa päätöksentekoa harvakseltaan vastaan tulevilla potilastapauksissa. Tämä yhteistyömuoto on olemassa olevaa toimintaa, jota palveluiden integraation näkökulmasta voitaisiin kehittää vie-

lä sujuvammaksi ja toimivammaksi. Kyseessä on moniammatillinen yhteistyömuoto, jossa ammattiryhmät jakavat tietoa ja osaamistaan toistensa käyttöön. Yhteistyö edellyttää uskallusta ylittää omia osaamisalueen rajoja ja yhteisen tiedon rakentamista (Kekoni ym. 2019, 16-18). Luottamus on edellytys yhteistyön onnistumiselle ja tämä korostuikin haastateltavien puheista, lasten kohdalla luottamus erikoissairaanhoidon osaamiseen oli vahvaa. Pitkät välimatkat ja vähäiset lapsimäärät ovat perusteena tälle moniammatilliselle yhteistyölle ja sen kehittämiseksi. Pitkien välimatkojen osalta tarve koskee kaikkia muitakin erikoisaloja Lapin sairaanhoitopiirissä.

5.1.2 Yhteistyöllä tietoa ja tukea perusterveydenhuoltoon

Tämän hetkistä yhteistyötä kuvattiin sujuvaksi, toimintaa tehokkaaksi ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon rooleja selkeiksi. Viisi kuudesta haastateltavasta oli sitä mieltä, että yhteistyö toimii hyvin. Yhteistyö koettiin omaa työtä helpottavaksi, kun perusterveydenhuollossa osaamiskenttä on niin laaja eikä kaikkea yksinkertaisesti voi hallita ja muistaa. Tämän vuoksi koettiin, että on helpottavaa saada varmistus hoitopäätöksiin sellaiselta taholta, joka ymmärtää perusterveydenhuollon tilanteen. Myös työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä koettiin tehokkaaksi. Erikoissairaanhoidon vaativat tapaukset päätyvät erikoissairaanhoidon arvioon ja ne, jotka kuuluu hoitaa perusterveydenhuollossa, voidaan hoitaa erikoissairaanhoidon tuella. Tämä ei välttämättä koettu olevan yhtä toimivaa muilla erikoisaloilla, joten yhteistyö koettiin sujuvaksi erityisesti lasten somatiikan erikoissairaanhoidon yksikön kanssa. Työnjako ja erilaiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolit nähtiin kuuluvan terveydenhuoltojärjestelmään, eikä kaikkea ole tarkoituksenmukaista hoitaa yhdessä paikassa. Erikoissairaanhoidon nähtiin hyvin järjestäytyneenä, jolla haastateltava viittasi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuisiin ja rooleihin. Erikoissairaanhoidon vastaa omasta vastuualueestaan itsenäisesti toimien ja hoitoprosessit etenevät ennalta määritellyn protokollan mukaisesti. Yhteistyön nähtiin helpottaneen vuosien varrella ja ammattilaisten välisten kohtaamisten koettiin nykyään olevan helpompia. Sekä lääkärit että hoitajat kokivat, että erikoissairaanhoidon on helppo ottaa yhteyttä soittamalla. Yksi haastateltavista koki yhteistyön puutteelliseksi ja hänen mielestään erikoissairaanhoidon konsultaativastauksissa sekä hoitoyhteenvedoissa oli usein viivettä lasten somatiikan erikoissairaanhoidossa.

”Kyllä se toimii...hyvin sain sieltä että mitä kaikkia kannattaa jo heti lähtiä näitä labroja kattomhan ja muuta, että miten voiaan sitä polkua jouhevammin mennä.”

”Ja aina on niinku saanu tukea ja apua, että asiat on lähteny luistamaan. Mä herkästi kyllä olen tosiaan sinne käsin yhteydessä, jos on tarvetta, että mulla ei oo sitä kynnyskysymystä siinä. Yhteistyö on jotenki helpottanu vuosien varrella, on tullu itekki rohkeammaksi. Se kohtaaminen on tullut jotenkin, on helpompi soittaa sinne.”

Haastateltavat kokivat, että tietoa on hyvin saatavilla ja erikoissairaanhoidoon voi aina soittaa. Kaikki kuusi haastateltavaa kertoivat saavansa riittävästi tietoa tarvittaessa. Tietoa haetaan internetin kautta, potilastietojärjestelmistä ja puhelimitse. Yleisellä tasolla tietoa haetaan esimerkiksi Terveysportista. Ohjeistukset koettiin riittäviksi ja Käypä hoitosuosituksia (Duodecim) pidettiin hyvänä tietolähteenä päätöksentekoon lasten somaattisten sairauksien hoidossa. Kolme kuudesta haastateltavasta koki ohjeistukset riittäviksi, kaksi ei varsinaisesti kommentoinut ohjeistusten riittävyttä ja yhden mielestä ohjeistus oli tällä hetkellä riittämätön. Lisäohjeistusta kaivattiin muun muassa joihinkin yksittäisiin työtehtäviin tarkentamaan tarvetta lähettää lapsi erikoissairaanhoidoon. Potilastietojärjestelmistä pääsy erikoissairaanhoidon tietojärjestelmään, Kunta-Eskoon, nähtiin helpottavana tekijänä tiedon saamisessa. Kyseisistä potilastiedoista pystytään tarkistamaan erikoissairaanhoidon tekstejä. Valtakunnallista potilastietojärjestelmää, Omakantaa, useimmat pitivät hieman kankeana, koska tiedot sinne siirtyvät viiveellä sekä järjestelmästä tiedon hakeminen on haasteellisempaa. Neljä kuudesta haastateltavasta koki erikoissairaanhoidoon soittamisen mielekkääksi ja toimivaksi tueksi. Soittamalla koettiin aina saatavan vastauksen ja lasten lääkäreiden tavoitettavuus koettiin hyvänä. Hoitajat kertoivat yleensä soittavansa lastensairauksien poliklinikalle ja sieltäkin apua koettiin saatavan helposti. Vaikka tietoa koettiin olevan hyvin saatavilla erikoissairaanhoidosta, usein tiedon nähtiin vielä kulkevan kuitenkin potilaan mukana ja hänen kertomanaan.

”Minusta kyllä (aina saa vastauksen). Lastenlääkärit ovat yleensä hyvin tavoitettavissa....Aina selviytynyt sillä että ollaan joustavia ja soitellaan.”

”Totta kai sitten aina se silmäkään ei oo sitten niin ehkä kehittynyt tietyissä asioissa, mutta kyllä sitä tietoa kyllä niinku saa, että lähinnä niinku Käypähoito ja Terveysportti on sitte välillä auttaa, kun kaikkia ei voi ulkoa muistaakaan. Kyllä ne tekstit sitte kuitenkin Kunta-Eskon kautta on niinku haettavissa, että sieltä käydään sitte katsomassa välillä.”

Ammattilaisten välinen yhteistyö koettiin toimivaksi, mikä luo hyvät edellytykset palveluiden integraatiolle. Muun muassa Ylitalo-Katajisto (2019) on tarkastellut ammattilaisten osuutta palvelujen integraatiossa toimivan yhteistyön sekä tiedonkulun kautta. Näiden voidaan ajatella olevan peruskivet palveluiden integraatiolle. Vastuut ja työnjako erikoissairaanhoidon kanssa nähtiin tällä hetkellä pääosin selkeinä. Vaikka kyseinen perusterveydenhuollon yksikkö on poikkeuksellisesti samaa organisaatiota erikoissairaanhoidon yksikön kanssa, sillä ei kuitenkaan ollut erityistä merkitystä ammattilaisten väliselle yhteistyölle. Yhteistyö perustui selkeään työnjakoon ja toimintamalleihin. Yhteinen hallinnollinen organisaatio nähtiin kuitenkin edistävänä tekijänä esimerkiksi tiedon kululle, kun pääsy yhteiseen tietojärjestelmään on mahdollista. Päivittäisessä käytössä perusterveydenhuollolla kuitenkin oli oma tietojärjestelmänsä. Tämän hetkinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken jää vielä keveimmälle yhteistyön tasolle eli kuvastaa perinteistä moniammatillisen työskentelyn tapaa, jossa jokainen ammattilainen suorittaa työtehtävänsä itsenäisesti ja peräkkäin ketjumaisesti (Mönkkönen & Kekoni 2020, 232-233). Yhteistyötä tehdään järjestelmän eri tasojen kanssa vain tarvittaessa omaa työtä vahvistamaan tai tukemaan. Vaikka yhteistyöhön ollaan tyytyväisiä, siinä on vielä paljon kehitettävää moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta eriytyneestä työskentelystä jaettuun työskentelyyn. Integraatioon perustuvassa moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaisten välille on luotava yhteinen kieli, yhteiset dokumentointimallit, yhteistyönmallit sekä tiedonjaon periaatteet sekä yhteinen tietojärjestelmä (Särkikangas & Tapiola 2017, 54-57). Voi olla, että yksi haastateltavista, joka oli tyytymätön nykytilanteen yhteistyön tasoon, osasi odottaa moniammatilliselta yhteistyöltä enemmän ja oli tietoinen yhteistyön tuomista uusista mahdollisuuksista oman osaamisen laajentamiseksi ja jaetun tiedon tuottamiseksi asiakkiaan parhaaksi.

5.1.3 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön rajapinnat

Nykytilanteessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseksi rajapinnoiksi kuvattiin lähetejärjestelmää, erikoissairaanhoidon konsultaatioita, ohjeistuksen ja varmistuksen hakemista erikoissairaanhoidosta sekä lääkärin arvion perusteella tehtyä yhteydenottoa erikoissairaanhoidoon lapsen tai nuoren vanhempien tukemiseksi hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Viisi kuudesta haastateltavasta mainitsi ensisijaiseksi yhteistyömenetelmäksi läheteiden teon erikoissairaanhoidoon. Lähetteet tekee aina lääkäri ja sen jälkeen jäädään odottamaan erikoissairaanhoidon vastausta. Mikäli potilaan oireet eivät ole vaarallisia tai hälyttäviä, lääkäri tekee erikoissairaanhoidoon sähköisen paperikonsultaation. Tätä konsultaatiojärjestelmää käytetään myös epäselvissä oirekuissa. Erikoissairaanhoidon lääkäri vastaa sähköisesti konsultaatiopyyntöön tietyllä aikaviiveellä. Päivystystapauksissa käytetään puhelinkonsultaatiota eli silloin oirekuva vaatii välitöntä erikoissairaanhoidon, toisin sanoen lastenlääkärin, kommentointia. Lääkärit kokivat, että lasten päivystyksellisissä sairastapauksissa erikoissairaanhoidon konsultointi on usein ehdoton. Kaksi haastateltavaa korosti erityisesti vanhempien tukemiseksi tehtävää konsultaatiotarvetta, jolloin perusterveydenhuollon lääkäri on yleensä jo tehnyt kaiken tarpeellisen ja tarvitsee erikoissairaanhoidon kommentin ikään kuin vahvistaakseen lapsen tai nuoren vanhemmille hoidon ja diagnoosin oikeellisuuden. Näissä tapauksissa itse sairaus ei välttämättä vaatisi erikoissairaanhoidon konsultointia, mutta konsultoinnin tarve perheen tukemiseksi on todellinen. Lääkäreiden mukaan tämä on yksi olemassa oleva yhteistyön tarve perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kaksi haastateltavaa myös toi esille tarvitsevansa varmistusta erikoissairaanhoidolta omaan päätöksentekoon lasten somaattisten sairauksien hoidossa. Tämän nähtiin korostuvan lasten ja nuorten somatiikan sairauksien suhteellisen harvan esiintyvyyden vuoksi sekä terveydenhuollon henkilöstön vaihtuvuuden ja kokemattomuuden vuoksi.

”Jos loppudiagnoosi vaatii niinku erikoissairaanhoidon diagnosointia, niin sitten on se lähete.”

”Kyllä se yleisohjeena, kyllä se varmaan kaikilla on vähän niinku selkäpiissä että lastentaudeissa se konsultaatio on niinku aika ehdoton asia.”

”No kyl se nykyinen paperikonsultaatio tyylinen juttu, että jos vanhemmat ei usko, että se on migreeniä, niin saadaan kuitenkin semmonen vähän niin kuin leimasintyyppinen hyväksyntä vaikkapa lastenlääkäriltä tai teidän hoitajalta vaikka ohjaus johonki asiaan.”

”Kyllä se niinku on tapauskohtanen ja lääkäri niinku arvioi justiin, että ja tietysti sitte, että minkälaiset vanhemmat on, että joidenkin vanhempien kohdalla ylipäättänsä se, että vaikka kuinka mun mielestä ja mä yritän, oon yrittänyt asiaa seurata, ja selittää ja tukea niitä vanhempia muilla tavoilla, niin sitte niinku näkee, ne ei rauhotu siihen.”

”Että tavallaan saa semmosta varmistusta ja ohjeistusta että koska vois sitte vielä seurata tai pitääkö vielä joku asia tarkistaa.”

Moniammatillinen yhteistyö on yleistynyt rajapintojen käsitteeseen, jolla tarkoitetaan eri työtehtävien välistä maastoa ja näissä yhtymäkohdissa ammattilaiset tekevät tarkoituksenmukaista yhteistyötä (Kekoni ym. 2019, 12-15). Rajapinnat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vaikuttivat hyvin loogisilta. Ei-kiireellinen yhteistyö hoituu sähköisellä konsultaatiojärjestelmällä ja kiireelliset asiat hoidetaan soittamalla. Näiden rajapintojen määrittelemisen perusterveydenhuollon toimesta on olennaisen tärkeää, jotta voidaan lähteä kehittämään mahdollisia uusia yhteistyömuotoja näille yhteistyön rajapinnoille. Palveluiden integraation näkökulmasta rajapinnoista tällä hetkellä ehkä puuttuvat jonkinlaiset kevyemmän tuen mallit yhteistyölle. Osaamisen ja tiedon laajentaminen puolin ja toisin kollegiaalisesti, tässä tapauksessa jopa saman organisaation sisällä, jäi vähäiseksi. Toisin sanoen yhteistyötä on vain tarvittaessa. Vapaampaa, ilman olemassa olevaa asiakasta, tapahtuvaa yhteistyötä ei kerrottu olevan näiden järjestelmätasojen välillä. Yhteistyö perustuu aina tarpeeseen ja oikeaan asiakastilanteeseen. Tulevaisuudessa ammattilaisten tiiviillä yhteistyöllä on tarkoitus myös ennaltaehkäistä ongelmia. Tämä edellyttää eri palvelualojen toimintaa yhdistävän työotteen osaamisen vahvistamista (Mönkkönen & Kekoni 2020, 220-222, 225). Moniammatillinen yhteistyö lasten ja perheiden palveluissa tarkoittaa koko perheen huomioimista. Tämän hetkisessä toimintamallissakin perusterveydenhuolto huomioi lapsen tai nuoren perheen kokonaisuutena, niin että siitä syntyy yksi yhteistyön tarpeen peruste. Erikoissairaanhoidon konsultoiminen perheen tukemiseksi on yksi ammattilaisten välisen yhteistyön tarve, jolle voisi ehkä tulevaisuudessa löytyä sujuvampikin yh-

teistyömenetelmä, niin ettei se kuormita varsinaista konsultaatiojärjestelmää. Asiakkaan osallistaminen ja tukeminen voitaisiin toteuttaa ehkä jollakin toisella kevyemmällä menetelmällä.

5.2 Yhteistyön tarpeet palveluiden integraation näkökulmasta

5.2.1 Koulutukset ja yhteistyöpäivät tiedon jakamisen menetelmänä

Perusterveydenhuollon tarpeet erikoissairaanhoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvät tiedon saantiin sekä hoidon laadun tasavertaisuuteen. Vaikka edellisessä kappaleessa käsitellyn nykytilanteen mukaan tietoa on lasten somaattisten sairauksien hoitoon liittyen saatavilla hyvin, tiedon saantiin liittyviä yhteistyön tarpeita ilmeni viidellä kuudesta haastatellusta. Toivotuimpia yhteistyömuotoja olivat alueelliset koulutukset erikoissairaanhoidon toteuttamana, etäkoulutukset ja yhteistyöpäivät. Näitä oli joidenkin haastateltavien mukaan joskus vuosia sitten järjestettykin ja joillakin erikoisaloilla käytäntö oli edelleen olemassa. Tätä kaivattiin myös lasten somatiikan erikoissairaanhoidon osalta. Alueelliset koulutukset erikoissairaanhoidon toteuttamana nähtiin hyvinä menetelminä tiedon jakamisen ja osaamisen laajentamisen näkökulmasta. Koulutuspäivän aiheeksi toivottiin jotain lasten somatiikkaan liittyvää aihepiiriä ja osallistumisen takaamiseksi koulutuksen kestoksi ajateltiin muutamaa tuntia, jolloin perustyöstä olisi helpompi irrottautua niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon puolella. Koronapandemian joskus hellittäessä otetaan, myös paikan päällä järjestettävät kokoontumiset nähtiin mahdollisina, koska silloin voidaan vaihtaa ajatuksia puolin ja toisin varsinaisen koulutussisällön lisänä sekä tullaan tutuiksi, jolloin yhteistyö on jatkossa helpompaa. Perusterveydenhuollossa koettiin, että lasten somatiikan osalta on varmasti useita osaamisalueita, mistä heillä ei ole tietoa joko lainkaan tai tietoa on vähäisesti. Uusimmista hoitokäytännöistä myös kuultaisiin mielellään. Alueellisten koulutuspäivien etuna nähtiin myös erikoissairaanhoidon hyötyminen siitä, että uusinta tietoa saataisiin samalla kertaa jaettua kattavasti oman alueen perusterveydenhuollon yksiköihin. Myös kyselytuntityyppiset etätapaamiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken nähtiin hyvänä vaihtoehtona. Tapaamisissa saataisiin nopeasti tarkistettua ajankohtaisia ohjeita sekä annettua palautetta yhteistyön sujumisesta tai haas-

teista reaaliaikaisesti. Käytännön varmisteluun kaivattiin helppoa yhteydenpitomenetelmää, jolloin kynnys oman toiminnan oikeellisuuden varmistamiseen ei olisi liian suuri.

”Ja sitte mitä mä kaipaen, niin kuin ennen meillä oli niitä alueellisia koulutuspäiviä eri asioista enemmän...niin sais sitä semmosta ja se varmaan helpottas siellä teilläki tai ylipäätään siellä erikoissairaanhoidossa, että sais isommalle porukalle yhdellä kertaa sitä tietoa ja koulutusta, että olis niitä teemoja mitä käydään läpi. Sehän sais olla muutama tunti vain, niin se ei veis liikaa meillä työaika.”

”No tietenki tämmöinen yhteistyöpäivä. Ne on tosi antosia ja siellä monesti voiaan vaihtaa ajatuksia ja toistenki kanssa vähän semmosista asioista mitkä meitä huolettaa tai sitte saaha sitä sen hetken tietoa. Lasten poliltaki ois varmaan paljon semmosta mistä me emmä tiä yhtikäs mittään. Koska me olema aikalailla vieraita.”

”Mun mielestä alueellisia koulutuksia sais olla huomattavasti enemmän. Miksei lapset aiheena, astma tai joku muu, että vaikka ne lähetteet ei ollu hyvät. Ois niinku tavallaan semmosen lyhyemmän koulutus, etäkoulutuksen tehdä kyllä.”

Myös aiemman integraatiotutkimuksen mukaan integraatiota tukeva työ vaatii ammattilaisilta yhteisiä koulutuksia sekä toisen ammattilaisen työhön tutustumista. Ammattilaisten välinen yhteistyö tulisi perustua verkostomaiseen työotteeseen ja dialogisuuteen, johon yhteiset koulutukset loisivat hyvät edellytykset (Särkikangas & Tapiola 2017, 54-57). Vaikka tulos ei tutkimuksellisesti olekaan uusi, sen vahva esiintyminen aineistossa yllätti. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki muut toivoivat yhteistyön perustaksi yhteisiä koulutuksia. Toimintamalli oli perusterveydenhuollolle tuttu toisilta erikoisaloilta ja lasten somatiikan kanssa alueellisia koulutuksia oli aiemmin järjestetty. Kuulematta toista yhteistyön osapuolta on vaikea lähteä arvailemaan, miksi alueelliset koulutukset ovat lasten puolella loppuneet. Koulutusten järjestäminen säännöllisesti vie tietysti resursseja, mutta sen hyödyt olisivat kiistatta resurssin käyttämisen arvoisia. Myös Sloperin mukaan yhteistyö edellyttää yhteistä kouluttautumista ja tiimityön rakentamista (Sloper 2004, 575-576). Tämän hetkinen yhteistyö ei tue tämän kaltaista tiimityön rakentumista, vaan perustuu puh-

taasti tarpeeseen. Uudella yhteistyöllä tavoitellaan jaettua tietoa ja jaettua osaamista, toisen ammattilaisen työn ymmärtämistä sekä vuorovaikutusta. Yhteistyö edellyttää eri ammattilaisten ja heidän osaamisensa kunnioittamista, kykyä luottaa muiden tekemään työhön sekä ymmärrystä yhteistyön tarpeisiin (Hietapakka ym. 2020, 484, 486-487). Aineistossa selkeästi näkyi kiinnostus erikoissairaanhoidon työtä kohtaan sekä arvostus erikoisalaosaamista kohtaan. Yhteisillä koulutuksilla oltiin kiinnostuneita saamaan tätä erikoisalan osaamista ja tietoa myös omaan työhön. Asiakaslähtöisyys näkyi halussa olla ajan tasalla, jotta palvelu olisi tasavertaista terveydenhuollossa.

5.2.2 Tutustumiskäynnit ja yhteispalaverit osaamista vahvistamassa

Kaksi haastateltavaa toivoi mahdollisuutta tehdä tutustumiskäyntejä erikoissairaanhoidon yksikköön. Tutustumiskäynneillä laajennettaisiin omaa osaamista lasten somatiikan sairaanhoitoon liittyen. Tutustumiskäynneistä toivottiin saatavan käytännön vinkkejä lapsen hoitoon ja tutkimiseen, jotta perusterveydenhuollossa suoritettavat hoidot ja tutkimukset tehtäisiin mahdollisimman samankaltaisesti, joka lisäisi hoidon laatua ja luotettavuutta. Käyntien aikana vuorovaikutus ja kanssakäyminen lisääntyisivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kahdesta haastattelusta nousi tarve hoidon jatkuvuuden huomioimiseen lapsen tai nuoren siirtyessä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tai -seurantaan perusterveydenhuoltoon. Hoidon jatkuvuus voitaisiin huomioida paremmin järjestämällä esimerkiksi yhteispalaveri, jossa myös vanhemmille informoitaisiin jatkohoidon toteutus selkeämmin. Yhteispalaverissa lapsen vanhemmille tulisivat jo tutuksi perusterveydenhuollon henkilöt, joiden toimesta jatkohoito tultaisiin toteuttamaan. Tämä lisäisi vanhempien luottamusta perusterveydenhuoltoon kohtaan, kun jatkohoito käytäisiin yhdessä läpi erikoissairaanhoidon, perheen ja perusterveydenhuollon kesken moniammatillisessa yhteispalaverissa. Siirtyminen jatkohoitoon ei olisi niin suuri pudotus tai muutos lapselle tai nuorelle ja hänen perheelleen. Hoidon jatkuvuutta parantaisi myös selkeä hoitosuunnitelma kirjattuna yhteiseen potilastietojärjestelmään. Hoitosuunnitelmassa toivottiin käyvän selväksi tulevan jatkohoidon suunnitelma ja mitkä kontrollit toteutetaan perusterveydenhuollossa sekä miten erikoissairaanhoidon tuki sinne tässä tapauksessa järjestettäisiin. Tämän nähtiin myös tehostavan hoitoa ja tukea. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, ettei näe kehittämistarvetta

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä ja oli tyytyväinen nykytilanteeseen.

*”Jossaki tilanteissahan on ihan jalkauduttu käymään siellä teillä keskussaira-
aalassa, jos on jotaki erikoista hoitoa aloitettu. On ihan paikan päällä käyty
oppimassa ja siitä on nyt pitkä aika, et mä tykkäsin siitä silloin. Ko siinä tulee
muutaki keskustelua sitte ja siinä näkee sen vanhempien tilanteen.”*

*”Jos on semmoset niinku hankalimmat potilastapaukset, mitkä oikeesti tarvis
niinku perusterveydenhuollossaki niinku tietynlaista tiiviimpää seurantaa, et-
tä ois mahdollista ja se resurssi riittäis, niin vähän niinku yhteispalaveritki.
Niin se vois olla semmonen hyväki asia, että ei olis niinkö suora putous ja
olis vähän niinku enemmän tavallaan jatkuvuus siinä sitte olis parempi. Ja
vanhemmilleki selkeä ja se henkilöki tulis tutuksi perusterveydenhuollossa.”*

*”Että se olis sitte kirjattu se hoitosuunnitelma jollain tavalla varsin selkeästi,
että se näkyis sitte just siellä epikriiseissä, että tää on nyt tarkoitus, että näin
toimitaan ja tässä on kontrollit ja nämä tapahtuu terveystieteissä ja tuki
olis siellä (esh), elikkä tavallaan, että se olis sitte myös hoitosuunnitelmaki
näkösällä, että ois mustaa valkosella ja se ois mun mielestä myös sitä hoidon
ja tuen tehostamistakin.”*

Tutustumiskäynnit erikoissairaanhoidon yksikköön tukevat ajatusta siitä, että integraatiota tukeva työ vaatii ammattilaisen tutustumista toistensa työhön (Särkikangas & Tapiola 2017, 54-57). Tutustumiskäynnit tuovat ammattilaisille varmuutta ja osaamista omaan toimintaan, mutta samalla luodaan järjestelmän eri tasoille yhtenäisiä toimintatapoja ja käytänteitä. Tutustumiskäynnit vaikuttavat osaltaan myös ammattilaisten välisen luottamuksen syntymiseen, joka taas edesauttaa yhteistyötä. Vuorovaikutuksen lisääntyessä myös avoimuus ammattilaisten välillä lisääntyy. Luottamus ja avoimuus ovat edellytys onnistuneelle vertikaaliselle yhteistyölle ja asiantuntijuuteen liittyvällä rajan ylittämällä rakennetaan yhteistä tietoa, jossa ammattilaiset hyödyntävät sekä jakavat osaamista ja asiantuntijuutta (Kekoni ym. 2019, 16-18, 20-23). Yhteispalavereilla puolestaan voidaan vahvistaa hoidon jatkuvuutta, kun lapsi tai nuori siirtyy erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tai -seurantaan perusterveydenhuollon puolelle. Halme ja Tiirinki (2019, 8-10) käyttävät tällaisesta integ-

raation toimintamallista ilmaisua palvelu- ja hoitoketjujen integraatio, jossa asiakas siirtyy palvelusta toiseen saumattomasti. Integraatio on tässä tapauksessa vertikaalista ja tiedon liikkuminen on edellytys integraation onnistumiselle. Myös Kuorilehdon mukaan palvelukokonaisuuksia tulee tarkastella ja kehittää palveluketjuina peruspalveluista erityispalveluihin (Kuorilehto 2014, 24-28, 111-112). Haastateltavien toivomat yhteispalaverit yhtenäistäisivät palvelukokonaisuutta erityispalveluista peruspalveluiden suuntaan. Lapsilla ja nuorilla tämä ei onneksi ole toteutuneen jatkohoidon tai -seurannan edellytys, sillä he eivät yleensä putoa pois palveluista kuten aikuispotilaat saattavat tehdä, jos eivät itse huolehdi jatkoista. Lasten ja nuorten palveluketjut siis voidaan ajatella olevan toimivat, yhteispalaverit edistäisivät siinä tiedon kulkua sekä vahvistaisivat vanhempien luottamusta jatkohoidon toteutukseen. Ammattilaisen näkökulmasta yhteispalaverit toisivat varmuutta perusterveydenhuoltoon jatkohoidon toteutuksessa, kun asioista olisi mahdollisuus käydä vuorovaikutteista keskustelua yhdessä erikoissairaanhoidon ammattilaisten kanssa. Myös lapsen, nuoren ja vanhempien osallistaminen hoidon suunnitteluun on tärkeää.

5.2.3 Yhteistyöllä yhtenäiset käytännöt ja ajantasainen tieto

Sekä tiedonsaantiin että hoidon laadun tasavertaisuuteen liittyvä tarve yhteistyön kehittämisestä liittyi yhteisiin käytäntöihin ja ajantasaiseen tietoon. Perusterveydenhuollolla on kahden haastateltavan mukaan tarve yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja -ohjeistuksia, jotta kaikki toimisivat samalla tavalla sekä linjassa erikoissairaanhoidon käytänteiden kanssa. Ajantasainen tiedon saanti yhtenäisistä käytänteistä ja toimintamalleista koettiin tärkeäksi hoidon laadun tasavertaisuuteen liittyen. Erikoissairaanhoidon rooli nähtiin tässä yhteydessä perusterveydenhuoltoa ohjaavana, jotta jokainen perusterveydenhuollon yksikkö toimisi yhtenevästi erikoissairaanhoidon kanssa sekä ennen kaikkea yhtenevästi keskenään. Haasteena koettiin se, että esimerkiksi kahden eri kunnan perusterveydenhuollon yksikkö voi toimia eri tavalla ja lapsen kotikunnasta riippuen asiakas siirtyy tietyin kriteerein esimerkiksi lähetteellä erikoissairaanhoidon, kun toisessa kunnassa vielä voidaan periaatteessa jäädä seuraamaan tilannetta perusterveydenhuoltoon.

”Ja sitte niinkö se yhteistyö koko alueella. Ja sitte ne käytännöt, yhtenäiset käytännöt ja niistä tiedottaminen. Se on tärkeää se ajantasainen tieto.”

”Ja sitte se olis semmosta standardisoitua, olis niinkö samanlaiset ohjeet kaikille neuvoloille, olis jonku näköstä semmosta raamia, pysyttäis sillä lailla niinkö standardissa.”

Kolme haastateltavista otti esiin tarpeen terveydenhuollon laitekannan yhtenäistämisestä. Haastatteluissa kävi ilmi, että perusterveydenhuollon laitekanta esimerkiksi verenpainemittarit, ovat osin epäluotettaviakin eikä laitekantaa uusita kovinkaan usein, sillä niiden käyttö on todella vähäistä. Erikoissairaanhoidon sijaan uusii laitekantaa tasaisin aikavälein ja haastatteluissa nousi esiin mahdollisuus yhteistyöhön erikoissairaanhoidon poistolaitteiden jatkokäyttöön perusterveydenhuollossa. Myös laitteiden käyttöön liittyen kaivattiin vinkkejä erikoissairaanhoidosta, miten ja minkälaisella mittareilla esimerkiksi pieneltä lapselta saa verenpaineen mitattua luotettavasti. Perusterveydenhuollossa tämä ei ole jokapäiväinen toimenpide, kun taas erikoissairaanhoidossa verenpaineen mittaaminen on päivittäistä. Joissakin perusterveydenhuollon yksiköissä ei joitakin mittareita ollut lainkaan, esimerkiksi happisaturaation mittaamiseen lapselta.

”No se on tosi, aloin tässä miettimhän ihan sammaa konkreettista asiaa, että ois hauska nähä, että minkälainen verenpainemittari teilä on tämmöstä leikki-ikästä varten, että minkälainen mittari teilä on siellä, että saatta lapselta luotettavasti paineet, ko mie en saa täälä ko ehkä joka viienneltä luotettavan paineen.”

Yhteistyötä tehostaessa organisaatiossa voidaan törmätä erilaisiin toimintakulttuureihin ja toimintamalleihin. Yhteistyö edellyttää tällaisten kulttuuristen rajojen ylityksiä ja rohkeutta kokeilla uusia toimintamalleja. Haastateltavien asenne uuden oppimista kohtaan oli positiivinen ja he vaikuttivat kiinnostuneilta oppimaan uusia käytänteitä. He vaikuttivat hyvin motivoituneilta yhtenäistämään toimintakulttuureita läpi koko organisaation. Yhtenäiset käytänteet luovat ammattilaiselle myös turvallisuuden tunnetta ja yhteistyössä tukea voidaan hakea niin horisontaalisella kuin vertikaalisella tasolla, kun kaikilla on yhteinen käsitys toiminnan ohjeista. Erikoissairaanhoidon ajatellaan ohjaavana yksikkönä, vaikka järjestelmän eri tasot voivat saada yhteistyöltä yhtä hyvin tietoa myös alhaalta ylöspäin eli perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Yhteistyössä ollaan tasavertaisia kumppaneita. Erikoissairaanhoidon ohjaava asema muodostunee erikoisalojen erityisosaamisesta, mutta yhtä hyvin erityistasolla täytyy ymmärtää perustason toimintaa esimerkiksi jatkohoi-

toa suunnitella. Toisen toimijuuden tunnustaminen on moniammatillisen yhteistyön edellytys (Kekoni ym. 2019, 20-23). Aiemmassa integraatiotutkimuksessa painottuu selkeästi asiakkaan palveluiden sujuvoittaminen ja saumattomuus. Tutkimuksen yhteydessä nousi ammattilaisilta myös hoidon sisällön merkitys yhteistyön näkökulmasta eli kuinka palveluista saadaan myös sisällöllisesti tasavertaisia paikkakunnasta riippumatta. Yhteistyöllä ei siis tavoitella pelkästään asiakkaan sujuvaa siirtymistä perustasolta erityistasolla tai toisin päin, vaan myös sisällöllisesti yhtenäisiä käytänteitä ja toimintatapoja terveydenhuollon organisaatioiden sisällä ja ikään kuin standardoitua laatua hoitoon niin hoitotyön käytänteissä kuin esimerkiksi laitteistossa ja mittareissa. Ammattilaiset haluavat toimia samalla tavalla terveydenhuollon yksiköstä riippumatta. Kyse on erityisosaamisen laajentamisesta perusterveydenhuoltoon sekä hoitokäytänteiden yhtenäistämisestä.

5.2.4 Erikoissairaanhoidon tuki palveluiden integraatiossa

Aineiston perusteella uusia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyömuotoja voisivat olla tarpeen mukaan järjestetty tuki erikoissairaanhoidosta lääkärin tai sairaanhoitajan toimesta ja nimetty perusterveydenhuollosta vastaava sairaanhoitaja erikoissairaanhoidon yksikössä. Erikoissairaanhoidon tukea tarvitaan kiireellisimmissä asioissa nopeastikin ja toisaalta on asioita, jotka voidaan keskittää esimerkiksi tiettyä ajankohtana järjestettyyn tukeen. Lääkärit kokivat pystyvänsä akuuteissa konsultaatiotilanteissa soittamaan helposti päivystävälle lastenlääkärille. Pienistä ikäluokista johtuen myös hoitajilla tilanteita, jolloin haluaisivat olla yhteydessä erikoissairaanhoitoon, tuli eteen harvoin. Hoitajat kokivat, että heidän työnkuvassaan voisi olla helpompi ensin soittaa järjestettyyn lastensairaanhoitajan puhelintukeen ja keskustella lastensairaanhoitajan kanssa, jolla on enemmän kokemusta ja osaamista aiheesta kuin heillä itsellään. Tarvittaessa voitaisiin sitten ottaa yhteys myös lastenlääkäriin, mikäli lastensairaanhoitajakin näin arvioisi. Nimetyn perusterveydenhuollosta vastaavan hoitajan etuna olisi se, että perusterveydenhuollolla olisi selkeä yhteyshenkilö kenen kautta heitä koskevat asiat voisi hoitaa ja kenen kautta yhteyden erikoissairaanhoitoon varmasti saisi. Osa haastateltavista koki, ettei aina pieneltä tuntuissa ongelmissa tiedä voiko asialla vaivata kiireistä ja kuormittunutta erikoissairaanhoitoa. Nimetty perusterveydenhuollosta vastaava hoitaja voisi vastata myös ajankohtaisesta tiedottamisesta perusterveydenhuollon yksikköihin omalla erikoisalallaan. Myös nimetty

hoitaja voisi tarvittaessa konsultoida lastenlääkäriä perusterveydenhuollosta esiin nousevissa kysymyksissä tarpeen mukaan.

”No ilman muuta aina helpompi ois niinko ensin puhua sen sairaanhoitajan kanssa, ko hällä on kokemusta asiasta ja tietoa paljon enemmän, ja jos senki mielestä tuntuu tarpeelliselta niin sitte tehtäs muuta asiaa. Se ois sitte meille, että voisima kysästä ensin, että tarviiko olla huolissaan tästä, se ois hyvä. Niin ja kyllä minusta se riittää se sairaanhoitajanki (tuki), ko onhan sillä paljon suurempi kokemus niistä asioista siellä päässä ja jos sillä sairaanhoitajalla herrää huoli, niin sitte voiaan alkaa konsultoimaan lääkäriä.”

”Että olis joku nimetty hoitaja joka huolehtis näistä perusterveydenhuollon yksiköistä, elikkä sen nimetyn hoitajan roolihan olis tosi hyvä ja tärkeä, tätähän on nyt meillä puhuttu aika paljon. Tarvittaessa konsultois lääkäriä. Esim. reuma-asioissa.”

Nämä aineistosta nousseet uudet yhteistyömallit tukevat moniammatillisuutta ja työelämän vuorovaikutuksellista muutosta, jossa Mönkkönen ja Kekoni (2020) määrittelevät osaamisen yhteisasiantuntijuutena ja kykynä rakentaa tietoa toisen ammattilaisen kanssa yhteistyössä. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on myös ammattilaisten työn kuormittavuuden vähentäminen. Tarkoituksena on jakaa työn haasteet. Näillä erikoissairaanhoidon tukimuodoilla haasteiden kanssa ei tarvitse jäädä yksin vaan niitä voidaan yhdessä ratkaista erikoissairaanhoidon ammattilaisen kanssa. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman tavoitteena on monitoimijaisen, sosiaali- ja terveysalojen osaamista tuloksellisemmin yhdistävän palvelujärjestelmän organisointi, jota nämä uudet yhteistyömuodot edistäisivät. Tavoitteena on ennaltaehkäistä ongelmia tai puuttua niihin mahdollisimman varhain. Sujuva yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä edesauttaa näitä ennaltaehkäiseviä toimia, kun kynnys yhteydenottoon madaltuu eikä aina tarvitse olla niin sanotusti jo tilanne päällä yhteydenoton hetkellä. Nykytilanteen yhteistyötä ja rajapintoja tarkastellessa tällainen yhteistyömuoto puuttui. Tämä voisi olla toimiva malli myös aiemmin esille nousseeseen vanhempien tukemiseen tarkoitettuun yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 220-222, 225.)

5.2.5 Yhteistyön ja palveluiden integraation menetelmät

Puhelintuen ohella haastateltavat pohtivat tuen järjestämisen menetelmänä erilaisia digitaalisia sovelluksia, joiden kautta tuki voitaisiin järjestää. Olemassa olevista digitaalisista järjestelmistä haastateltavat mainitsivat esimerkiksi sähköpostin, Virtu-palvelun ja Terveystietokannan hyödyntämisen ammattilaisten yhteistyökanavana. Tärkeintä oli, että tuki olisi helppoa saatavilla ja tuelle olisi nopea väylä akuuttien asioiden hoitoon sekä sitten jotakin järjestelmää hyödyntäen ei kiireellisten asioiden hoitoon järjestetty tuki. Erikoissairaanhoidon tekemää videomateriaalia voisi perusterveydenhuollossakin hyödyntää esimerkiksi vanhempien ohjaamisessa. Ohjemateriaaleissa nähtiin mahdollisuuksia myös valtakunnallisten materiaalien hyödyntämiseen. Kaikkea ei tarvitse eikä kannata tehdä pelkästään yhden sairaanhoitopiirin käyttöön. Kaksi haastateltavaa kuudesta toivoi myös perinteistä paperista ohjemateriaalia ja tiedottamista. Paperisissa tiedon siirroissa nähtiin hyötynä se, että tieto saapuu konkreettisesti nähtäväksi eikä jää ikään kuin näkymättömiin tietojärjestelmän sisään. Toisena vaihtoehtona nähtiin, että sähköisen tiedon saapumisesta järjestelmään täytyisi tulla jonkinlainen heräte tai hälytys, jotta perusterveydenhuollon yksikkö tietää mennä tarkastamaan saapuneen tiedon. Lisäksi toivottiin paperista ohjeistusta, jossa lasten somaattisten sairauksien ohjeet olisivat käytännönläheisemmin kirjattuna. Toiveena oli suppea materiaali. Kaksi haastateltavaa otti esille yhteisen tietojärjestelmän tuomat hyödyt yhteistyölle. Tämän hetken potilastietojärjestelmistä täytyy tietää tarkkaan, mistä tarvittava tieto milloinkin löytyy eikä tieto välttämättä ole reaaliaikaista. Tietojen koetaan olevan pirstaloituneena eri tietojärjestelmiin eikä tieto siirry järjestelmästä toiseen. Ongelma nähtiin korostuvan nykyään, kun ihmiset muuttavat ja liikkuvat enemmän paikkakuntien välillä. Myös nuoren siirtyessä opiskelemaan ja opiskeluterveydenhuollon piiriin, tieto perusterveydenhuollon tietojärjestelmistä ei siirry automaattisesti. Tietojen lähettäminen yksiköstä toiseen työllistää ja vie henkilökunnan työaikaa.

”No tietenkin jos on semmonen johon haluaa heti vastausta, sitte tuota ois puhelinkontakti varmaan ihan ok. Sitte semmonen joka aattelee, että kerkiäis vähän myöhemmin niin vois jonaki netin kautta, sähköpostina semmosena viestinä panna liitteineen.”

”Varmaan toimis, ettäkö tulis hälytykset sitte, että käyppäs, että niinkö paikallisesti meillä toimii, että tullee tieto, että tietää käyä kattomassa. Ei taia

olla vielä yhteistä järjestelmää. Se ois kyllä, niinkö rokotustiedot on niinkö kauhian hankala, että ne on pirstaloitu, että ne ois hyvä, että ne ois yhdessä paikkaa. Rokotukset ja kasvukäyrä on semmonen mitkä ois hyvä. Ja kun nykyään ihmiset liikkuu ja muuttaa niin paljon ja vaihtaa paikkaa, niin aina se tietojen onkiminen, opiskeluterveydenhuoltoon se tieto ei liiku.”

Jolangin ym. (2017) tutkimuksessa perusterveydenhuollossa haasteena nähtiin heikko kommunikointi ja tiedonvaihdon ongelmat yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Haasteen ratkaisemiseksi kaikki tulevaisuuden menetelmät on syytä huomioida yhteistyön kehittämässä. Puhelin on periaatteessa sähköisen lähetejärjestelmän lisäksi ainoa yhteydenpitomenetelmä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Jo tämän hetkiset olemassa olevat digitaaliset ratkaisut voisivat rikastuttaa kommunikaatiomenetelmiä ja auttaa tiedonvaihdossa. Tulevaisuutta ajatellen digitaaliset ratkaisut tulevat kehittymään edelleen nopealla vauhdilla ja näistä löytyy varmasti uusia ratkaisuja myös terveydenhuollon ammattilaisten väliseen kommunikointiin ja tiedonvaihtoon. Pahimmillaan tiedonvaihdon ongelmat aiheuttavat päällekkäisiä toimintoja terveydenhuollon prosesseihin. Vaarallisia haasteita potilasturvallisuuden näkökulmasta ovat lääkehoidon tiedonkulun katkokset. Nykyisistä tietojärjestelmistä voi olla hyvin haastavaa esimerkiksi löytää diabeetikon viimeisimpiä insuliinihojeistuksia, mikäli vanhemmat eivät ole käytettävissä tiedon saamiseksi ja lapsi on vielä liian nuori itse muistamaan annoksiaan.

Puolet haastateltavista näki mahdollisena, että erikoissairaanhoidon vastaanottoja voitaisiin järjestää etävastaanottoina perusterveydenhuollossa. Käytännössä siis lapsi tai nuori ja hänen perheensä tulisivat perusterveydenhuollon vastaanotolle, johon etänä osallistuisi erikoissairaanhoidon edustus. Lapsen tai nuoren ja hänen perheensä tukena puolestaan fyysisesti läsnä olisivat perusterveydenhuollon edustajat. Tietysti yhtenä mahdollisuutena on toteuttaa koko tapaaminen etävastaanottona. Näissä tapauksissa vastuu ja roolit perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken on syytä pohtia huolellisesti. Etenkin nuorille etävastaanotot nähtiin sopivana ratkaisuna. Eräällä haastateltavalla oli tuore kokemus nuoren etävastaanotosta ja nuorelle lääkärin etätapaaminen oli vaikuttanut olevan normaaliempi kuin fyysinen paikan päällä järjestetty lääkärikäynti. Kaksi haastateltavaa korosti kuitenkin lapsipotilaiden kohdalla sitä, että kaikkia vastaanottoja ei voi järjestää etävastaanottona vaan lapsen kohdalla on tärkeää tavata lapsi ja hänen perheensä ensin kasvotusten, jonka jälkeen etävastaanototkin sujuvat luontevammin. Lapsen kohdalla myös erikois-

sairaanhoidon etävastaanotto fyysisesti perusterveydenhuollon yksikössä voisi olla toimiva. Yksi haastateltava nosti esiin erityisesti ravitsemusterapian ja toimintaterapian heikon saatavuuden, jota voitaisiin ehkä etävastaanottotoiminnalla jalkauttaa pienille paikkakunnille. Tällä tavoiteltaisiin hoidon tasavertaista saatavuutta sekä hoidon jatkuvuutta. Etäpalveluilla erikoissairaanhoidon palveluita saataisiin alueellisesti järjestettyä pieniin ja syrjäisiin Lapin kuntiin.

*”Etävastaanotto kehittyy hurjaa vauhtia nyt ja se kuulostaa kyllä ja varmasti kun meillä on etäisyydet niin pitkät, niin kyllä se kuulostaa ihan järkevältä et-
tä tietyt kontrollit voi sitten niinkö etävastaanottona pitää.”*

”Ilman muuta, etäpalvelujen hyödyntäminen. Sehän on nykyaikaa. Tosi paljon voiaan tehdä etänä asioita. Meillä on kunnantalola se Virtu-piste. Ja miten sitte, onko siellä niitä etävastaanottoja että onko semmosia mahdollista. Ja sitte teknologian hyödyntäminen!”

”Niille nuorille se (etävastaanotto) on aivan normaali. Se on kyllä aika helppo. Se oli kyllä kaikista normaalein sille.”

Haastateltavat pohtivat myös perusterveydenhuollossa järjestettävien kontrollien mahdollista lisäämistä palveluiden integroimiseksi erikoissairaanhoidosta. Tämä edellyttäisi perusterveydenhuollon perehdyttämistä kontrolloitavista asioista ja mittareista, jotta hoidon laatu pysyisi ennallaan vaikka perinteisesti erikoissairaanhoidossa järjestetty kontrollikäynti toteutettaisiinkin perusterveydenhuollon toimesta. Kolme haastateltavaa kertoi myös mahdollisesti pystyvänsä valmistelevaan erikoissairaanhoidon käyntiä kattavammin perusterveydenhuollossa, kun vain saa riittävän tiedon tarvittavista kokeista tai toimenpiteistä. Näin lapsen tai nuoren valmistelevat kokeet ja toimenpiteet olisivat jo valmiiksi tehtynä, kun hän menee erikoissairaanhoidon käynnille. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, ettei integroisi enempää palveluita erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hän perusteli näkemystään rooleilla ja vastuun jaolla, sillä erikoissairaanhoidossa järjestettävät palvelut ovat siellä tarkoituksella, koska vastuu kyseessä olevasta hoidosta on erikoissairaanhoidossa.

”Voisimako me täällä vaikka verikokheet ottaa jostaki valmiiksi, että sittekö ne menevät täältä sinne pitkän matkan päästä, niin niillä olis jotaki sillä lääkärilä sielä jo katottavaa.”

Aineistossa käsiteltiin integraatiota palveluiden integraation näkökulmasta. Haastateltavia ei pyydetty ottamaan kantaa lainkaan hallinnolliseen integraatioon, vaan keskityttiin pelkästään toiminnalliseen integraatioon ammattilaisten välisen yhteistyön kautta. Aineistossa pohdittiin yhteistyön ja integraation menetelmiä tutkittavaan tapaukseen eli lasten somaattisten sairauksien hoitoon liittyen. Tavoitteena tutkijalla on kuitenkin avata tulokset niin, että niitä pystyisi soveltamaan muillekin erikoisaloille. Välillä haastateltavien ideointia ikään kuin rajoitti se, että lasten somaattinen sairastavuus on suhteellisen pientä ja motivaatio uusien menetelmien pohdintaan ei ollut ehkä niin tehokasta kuin jollakin työmääräallisesti kuormittavammalla erikoisalalla. Tyytyväisyys tämän hetkiseen yhteistyöhön toimi myös pienenä hidasteena ideoinnille. Terveystienhuoltojärjestelmä on myös hyvin hierarkkinen järjestelmä, eikä prosessien uudelleen määrittelemine ole helppo tehtävä. Näistä rajoittavista seikoista huolimatta haastateltavat saivat ideoitua hyvinkin innovatiivisia menetelmiä palveluiden integroimisille erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Shaw ym. (2011, 8) määrittelevät nämä ammattilaisten, tiimien ja organisaatioiden käyttämät metodit ja menettelytavat integraation käsitteellä. Näitä integraation menetelmiä voidaan hyödyntää koko sairaanhoitopiirin väestöä ajatellen kaikille erikoisaloille. Joronen ym. (2018, 8-9) kuvaavat tällaista ideaalitulannetta yhteistoimintana, jossa eri hallinnonalat toimivat vastavuoroisesti niin horisontaalisesti kuin vertikaalisesti. Ideaalitulanteessa siis yhteistoiminta koskisi koko alueen väestöä erikoisalasta riippumatta. Integraation toimintamalleja toteutettaisiin kaikissa perusterveydenhuollon yksiköissä erikoissairaanhoidon yksikön kanssa tehtävässä yhteistyössä. Tästä hyvänä esimerkkinä voisi olla esimerkiksi tuo erikoissairaanhoidon vastaanotto tai kontrollikäynti toteutettuna perusterveydenhuollon yksikössä – joko erikoissairaanhoito etänä osallistumalla tai ennalta annetun ohjeistuksen mukaisesti täysin perusterveydenhuollon toteuttamana. Valentijn ym. (2013, 8-9) määrittelevät tämän tasoisen integraation mesotason integraatioksi, jossa painottuu väestöperustaisen lähestyminen edellyttäen ammatillista ja organisatorista integraatiota. Näin tuotetaan jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua palvelua määritellylle, tässä tapauksessa Lapin sairaanhoitopiirin, väestölle. Näin laajassa mittakaavassa integraation toteuttaminen edellyttää myös johdon tukea ja päätöksentekoa yhteistyötä koskien.

5.3 Palveluiden integraation hyödyt ja haasteet

5.3.1 Yhteistyöllä ja palveluiden integraatiolla tehokkuutta terveydenhuoltoon

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämisellä sekä erikoissairaanhoidon palveluiden integroimisella perusterveydenhuoltoon nähtiin saavutettavan hyötyä organisaatiolle, terveydenhuoltojärjestelmälle sekä tätä kautta koko yhteiskunnalle. Neljä kuudesta haastateltavasta näki ammattilaisten yhteistyön kehittämisessä ja palveluiden integraatiossa potentiaalisia säästömahdollisuuksia ja tehokkuuden lisäämistä. Tiiviin yhteistyön sekä etävastaanottojen nähtiin muodostavan selkeää säästöä laajemmin koko terveydenhuoltojärjestelmälle. Palveluiden tuottaminen lähellä asiakasta toi selkeitä säästöjä, kun perheelle ei näistä käynneistä muodostu matkakustannuksia, jotka ovat pitkien välimatkojen kunnissa todellinen kustannus. Pienten lasten kanssa usein matkaan lähtee sekä äiti että isä, jolloin molemmat mahdollisesti ovat poissa töistä lääkärikäynnin vuoksi. Vaikka vastaanottokäynti kestäisi kokonaisuudessaan vain muutaman tunnin, menee Muonio-Enontekiö alueelta erikoissairaanhoidon käynnissä yleensä koko päivä. Yhteistyön avulla nähtiin mahdollisena siirtää terveydenhuollon painopistettä erikoissairaanhoidosta perustasolle. Tässä korostui nimenomaan perusterveydenhuollon tiedon saanti, että he pystyisivät toimimaan itsenäisemmin ja sitä kautta tehokkaammin. Erikoissairaanhoidon tuella ylläpidettäisiin perusterveydenhuollon osaamista ja näin kevennettäisiin erikoissairaanhoidon työmäärää. Palveluiden integroimisen nähtiin edistävän lapsiperheiden palveluiden saatavuutta tarjoamalla palvelut mahdollisimman lähellä asiakasta. Palveluiden keskittämisellä pitkien matkojen päähän palvelukeskuksiin nähtiin epäsuotuisat vaikutukset pienille kunnille lapsiperheiden muuttaessa lähemmäs palveluita. Yhteistyön kehittämisessä nähtiin hyötyä myös ammattilaisten väliseen verkostoitumiseen ja sitä kautta ajantasaiseen tiedon saantiin. Erikoissairaanhoidon tuella saavutetaan myös lisää turvallisuuden tunnetta perusterveydenhuollon ammattilaisille ja he ovat sen myötä työssään varmempia toimimaan kuin ilman erikoissairaanhoidon tukea. Kun erikoissairaanhoidon tuki on järjestetty kattavasti, osaamista ja tietoa siirtyy tasaisesti kaikille perusterveydenhuollon toimijoille. Tämän nähtiin lisäävään kollegiaalisuutta myös perusterveydenhuollon sisäisesti, kun yhdessä voidaan pohtia mitä tästä olikaan erikoissairaanhoidosta kerrottu ja miten täs-

sä piti toimia. Osaaminen ei jää silloin yhden ihmisen varaan eikä toisaalta kuormita erikoissairaanhoidon jokaisen kysyessä samaa asiaa aina uudelleen.

”Se vois sitte tavallaan vähentää sitä erikoissairaanhoidon taakkaa niin sanotusti, ko mekki olisima ajan tasalla ja ossaisima toimia täällä itsenäisemmin.”

”Isoja ongelmia tulee kuntiin, kun lapsiperheet katoaa, lähetään lähemmäs asutuskeskuksia. On tärkeää että kunnissa on sitten veronmaksajia jatkossa, että kuinka näitä palveluita pystytään sitten tuottamaan. Se on niin laaja asia. Mä kannatan kyllä sitä asiaa, että sitä tietoa ja taitoa jaetaan meille perusterveydenhuoltoon ja ylläpidetään osaamista.”

”Varsinkin jos semmosta yhteistyötä tehtäs tiiviimmin, ja etävastaanottoa kun miettii, niin kyllä siitä varmaan syntyy säästöä niinku laajemminkin.”

”Enemmän niinkö hyötyä, esimerkiksi niinkö eri ammattiryhmät voi verkostoitua helposti ja tiedot on heti saatavilla.”

”Että juuri tämmösissä asioissa tulee sitä tietoa tänne, että on sitte varmempi toimimaan.”

Tutkimustuloksista ilmeni selvät kustannussäästöjen mahdollisuuden terveydenhuoltoon palveluita integroimalla ja yhteistyötä lisäämällä. Aiemman integraatiotutkimuksen perusteella kustannussäästöä on tavoiteltu kohdentamalla integroituja palveluita paljon palveluita käyttäviin asiakkaisiin. Esimerkiksi Ylitalo-Katajiston (2019) väitöskirjassa käsiteltiin paljon palveluita käyttävien asiakkaiden profiloimista ja heidän palveluiden integroimista yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Ammattilaisten näkökulmasta suurin hyöty yhteistyössä ja integraatiossa on tiedon tehokkaampi siirtyminen järjestelmän eri tasojen välillä. Samalla kun ammattilaisten osaaminen ja tiedonkulku lisääntyvät, parantuu myös asiakkaan palvelu. Tehokkuus lisääntyy, kun päällekkäiset toiminnot jäävät pois yhteistyön lisääntyessä. Palvelun tarjoaminen mahdollisimman lähellä asiakasta tuo säästöä monestakin näkökulmasta. Ensinnäkin erikoissairaanhoidon palveluna kunnille kalliimpaa kuin perusterveydenhuolto. Toisaalta uusia mahdollisesti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

integroituja palveluita ei ole vielä edes hinnoiteltu, mutta oletettavasti palvelu olisi edullisempi tuottaa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon kuormitusta saataisiin tasatua ja suunnattua resursseja siellä niihin palveluihin, jotka tulevaisuudessa yhä lisääntyvät esimerkiksi väestön ikääntymisen vuoksi. Lapin pitkien välimatkojen kohdalla haastateltavat näkivät säästöä muodostuvan yhteiskunnalle, kun perheiden työstä poissaolot ja matkakustannukset jäisivät pois erikoissairaanhoidon käyntien osalta. Tietysti etäpalvelut erikoissairaanhoidosta vaativat oman resurssinsa myös, mutta pitkällä aikavälillä tämä olisi varmasti tuottavampaa kuin fyysiset vastaanotot. Digihoitopolut ovat vasta aluillaan Lapin sairaanhoitopiirissäkin, mutta lähivuosina niistä saataneen vertailukelpoisia laskelmia kuluihin ja tuottavuuteen liittyen. Integraatiotutkimuksessa integraation hyötynä on esitetty palveluiden sujuvoittaminen ja päällekkäisten toimintojen poistaminen. Pitkien välimatkojen aiheuttamat haitat ja integraation tuomat ratkaisumahdollisuudet tähän todettiin myös Hoganin ym. (2018) yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa akuutin hoidon maantieteellinen sijainti nähtiin integraatiota motivoivana tekijänä. Toisin sanoen, mitä etäämpänä erikoissairaanhoidon yksikkö sijaitsee, sitä tehokkaampaa ammattilaisten välistä yhteistyötä palveluiden integroiminen edellyttää.

5.3.2 Hoidon jatkuvuudella terveyshyötyä ja laatua palveluihin

Kolme kuudesta haastateltavasta korosti palveluiden integraation hyötyvaikutuksia asiakkaalle eli lapselle, nuorelle ja hänen perheelleen. Hoidon jatkuvuudella nähtiin selvää terveyshyötyä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö parantaisi hoidon jatkuvuutta ja sillä on suora vaikutus terveyteen. Yhteistyö nähdään terveyttä ennaltaehkäisevänä, edistävänä ja ylläpitävänä tekijänä lasten somatiikan sairauksien hoidossa. Perheiden eduksi nähtiin, että erikoissairaanhoidon tuella perheet saisivat vastauksen huoleensa mahdollisimman lähellä ja mahdollisimman nopeasti. Tämä lisäisi asiakaslähtöisyyttä ja parantaisi lapsiperheiden palveluiden laatua. Erikoissairaanhoidon tuki nähtiin myös perheiden luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään lisäävänä tekijänä. Perheet saattavat kokea, että vaikka huoli heräsi perusterveydenhuollossa, asia käsiteltiin heti erikoissairaanhoidon tuella eikä jääty odottelemaan. Erikoissairaanhoidon tuella nopeutettaisiin nykytilanteen kuvauksessa esille tullutta konsultaatiotarvetta erikoissairaanhoidon vanhempien rauhoittamiseksi. Sähköinen paperikonsultaatiojärjestelmä ei kuormittuisi tämän

tarpeen vuoksi, vaan se voitaisiin hoitaa keveämmällä tukijärjestelmällä ammattilaisten yhteistyön avulla. Palvelut järjestettäisiin mahdollisimman lähellä asiakasta, mikä lisää palveluiden yhdenvertaista saatavuutta asuinpaikasta riippumatta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöllä parannettaisiin selkeästi lapsiperheiden palveluita.

”No kyllä mä uskon, että täällä kuitenkin on se, että se hoidon jatkuvuus, siitähän on todettu, että siitä paljon hyötyy, terveys hyötyy.”

”Että se palvelu pysys sitte suhteellisen lähellä, niin lähellä ku se näillä etäisyyksillä voi olla. Niin kyllä ne perheet tarttee lähempänä lapsilleen sitä tukea.”

”Ettäkö se palvelu voitais antaa tässä lähellä niin herran jestas ainahan se helpottas, sehän ois mitä parasta asiakaslähtöisyyttä. Ne on niin huolissaan niistä asioista (vanhemmat), että ne saisivat sen tiedon, ehkä helpottavan tiedon, niin se tieto tulis niinkö mahdollisimman äkkiä, sehän varmaan niinkö rauhoittas.”

Moniammatillisen yhteistyön terveyshyödyn asiakkaalle olivat todenneet tutkimuksessaan myös Strobel ja Harpin (2020). Tasavertaistamalla palveluiden saatavuutta moniammatillisen yhteistyön keinoin saavutetaan selkeää terveyshyötyä esimerkiksi terveydenhuollon ja koulun ammattilaisten yhteistyön avulla. Moniammatillisella yhteistyöllä saatiin terveyspalveluiden piiriin sellaisia nuoria, jotka eivät muuten käyttäneet terveyspalveluita. Yhteistyö toimi siis ennaltaehkäisevänä työnä. (Strobel & Harpin 2020, 1-4.) Omassa tutkimuksessa yhteistyötä tarkasteltiin vain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta, mutta lapsen tai nuoren ollessa kyseessä yhteistyöhön on usein järkevä ottaa mukaan myös varhaiskasvatuksen tai koulun ammattilaisia. Näkökulma ei noussut esiin aineistosta, mutta se on tärkeää huomioida moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Terveystenhuollon ammattilaisten välisessä yhteistyössä on vähintäänkin sovittava, kuka tai mikä taho ottaa tarvittaessa yhteyden varhaiskasvatukseen tai kouluun. Usein näissä tilanteissa vastuu on lapsen tai nuoren vanhemmilla, mutta esimerkiksi diabeteksessa erikoissairaanhoido käy paikan päällä perehdyttämässä varhaiskasvatuksen tai koulun henkilökuntaa. Tätäkin yhteistyötä on syytä tarkastella, missä määrin perusterveydenhuollon mukaan ottaminen on kannattavaa tai jopa suotavaa. Osaamisen laajentamisella peruster-

veydenhuoltoon voidaan saada toimivia käytänteitä esimerkiksi diabeteksen hoitoon liittyen. Tällä hetkellä perehdytys on erikoissairaanhoidon vastuulla. Pienten kuntien harvat tapausmäärät tietysti taas haastavat tätä toimintaa, mutta etäpalvelut esimerkiksi voisivat olla yksi vaihtoehto.

5.3.3 Henkilöstö ja resursointi palveluiden integraation edellytyksenä ja haasteena

Sekä edellytyksenä että haasteena palveluiden integroimiselle erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon nähtiin aineistossa henkilöstöön ja resursointiin liittyvät vaatimukset. Yksi haastateltavista tarkensi edellytyksen koskevan taloudellisen resurssin uudelleen kohdentamisen tarvetta. Jotta perusterveydenhuolto voi vastata painopisteen siirtymiseen perustasolle, on sinne varattava riittävästi taloudellista resurssia palveluiden järjestämiseksi lähellä asiakasta. Ammattilaisten yhteistyön kehittämisessä kaksi haastateltavaa tarkensi yhteistyön edellyttävän riittävää henkilöstöresurssia sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa henkilöstöresurssia tarvitaan integroitujen palveluiden järjestämiseen ja erikoissairaanhoidossa puolestaan henkilöstöresurssia tarvitaan tuen järjestämistä varten. Perusterveydenhuollossa nähtiin myös resurssipaineen kohdistuvan enemmän erikoissairaanhoidon esimerkiksi tutustumiskäyntien ja alueellisten koulutusten suhteen. Yhteistyön nähtiin ainakin alkuun vaativan resurssia ja aloitteellisuutta erikoissairaanhoidon puolelta. Toimivan palveluiden integraation nähtiin myös edellyttävän ammattilaisten välistä yhteistyötä ja toiminnan sekä prosessien suunnittelua. Yhteistyön suunnittelulla nähtiin tavoiteltavan sitä, ettei tuen järjestämisen tarkoitus ole kuormittaa erikoissairaanhoidoa, jolloin painopisteen siirtoa perusterveydenhuoltoon ei varsinaisesti tapahtuisi vaan asiakastyön sijaan erikoissairaanhoido käyttäisi saman resurssin perusterveydenhuollon tukemiseen. Perusterveydenhuollossa mietittiin miten erikoissairaanhoidon integroidut palvelut mahdutetaan jo valmiiksi laajaan työnkuvaan. Henkilöstöresurssin lisääminen integraation vuoksi ei tuo tavoiteltua säästöä tai tehokkuutta toimintaan. Näiden asioiden vuoksi integraation ja yhteistyön suunnittelu nähtiin välttämättömänä onnistumisen edellytyksenä.

”Niinku laajemmin, että painopistettä saatas, niin sitte pitää tietenki ihan se rahallinen resurssi painopistekki sitte siirtyä eri tavalla.”

”No ainaki resurssointi ja koulutus, on mihin pittää kiinnittää huomiota. Ja aina sitte ei oo sitä särkevävarraa, että se on niinkö yhen osajan varassa aika moni asia.”

”En tiiä miten se teän päässä resurssoitaa (tuki), että miten se onnistus. Joo suunnittelua ja varmaan se sieltä päästä pitäis lähtyä, että sillenko teillä on resurssia ja mahdollisuutta ottaa täältä sinne joku tutustummaan.”

”No se tulee niinkö kans vastaan tässä, ettäkö mulla on niin monta roolia että välillä on aikapula.”

”Vaatisi sitä yhteistyötä alussa ensin kuitenkin.”

Kekoni ym. (2019) ovat todenneet myös vertikaalisen yhteistyön edellyttävän riittäviä ajallisia ja taloudellisia resursseja. Yhteistyö edellyttää tästäkin syystä organisaation sekä johdon pyrkimystä järjestää mahdollisuuksia yhteistyön suunnittelemiselle ja toteuttamiselle. Moniammatillisen työn kehittymiselle on myös annettava aikaa, sillä se kehittyy työskenteilyn edetessä. (Kekoni ym. 2019, 16-18.) Tulos ei sinänsä yllätä, vaan resurssoinnin edellytys on esiintynyt myös aiemmassa tutkimuksessa. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä ovat selkeät ja realistiset tavoitteet yhteistyötä suunnitellessa, jotka kaikkien yhteistyön osapuolten tulee ymmärtää ja hyväksyä. Organisaation johdolta odotetaan resurssien jakamista, hallinnollista tukea ja aikaa henkilöstölle osallistua yhteistyöhön. (Sloper 2004, 575-576.) Perusterveydenhuollossa ymmärrettävästi on huoli, että painopisteen siirtyessä erikoissairaanhoidosta perustasolle, myös työmäärä perustasolla lisääntyy. Ei voida olettaa, että lisääntynyt työmäärä toteutetaan samoilla resursseilla kuin kaikki jo olemassa oleva työ. Niin ikään erikoissairaanhoidon puolella on syytä ymmärtää, että vaikka etäpalvelut ja palveluiden integraatio vähentäisivät varsinaisia vastaanottokäyntejä erikoissairaanhoidon yksikössä, vaatii etäpalvelukin oman resurssinsa sekä perusterveydenhuollon tukeminen palveluissa, jotka sinne on integroitu. Resurssien tehostaminen palveluiden integraatiossa perustuu kuitenkin sille, että etäkäyntejä pystyy hoitamaan useamman siinä ajassa kuin yhden vastaavan fyysisen vastaanottokäynnin. Myös perusterveydenhuollon toteuttamat ennakkovalmistelut ja jatkotoimenpiteet säästävät erikoissairaanhoidon resurssia. Henkilöstön ajan puute tai puutteelliset resurssit ovat joka tapauksessa moniammatillisen yhteis-

työn haaste ja taloudellinen epävarmuus lisää riskiä yhteistyön epäonnistumiselle (Sloper 2004, 576).

5.3.4 Osaamisen haaste ja muutosvastarinta

Henkilöstöön liittyvänä haasteena palveluiden integraatiolle nähtiin osaamisen riittämättömyys ja muutosvastarinta. Osaamisen ylläpitäminen nähtiin haasteena harvojen toistomäärien vuoksi sekä henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi. Perusterveydenhuollossa ei monestikaan ole särkymävaraa henkilöstössä ja osaaminen on yhden ihmisen varassa. Tämä nähtiin haasteena palveluiden integroimiselle. Henkilökunnan vaihtuvuus on terveydenhuollossa todellinen ongelma, tämän koettiin vaikuttavan myös palveluiden integroimiseen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämiseen. Integraation haasteena nähtiin myös pienet potilasvolyymit kyseisellä erikoisalalla. Lasten somatiikka näyttäytyy niin pienenä tapausmääränä kyseisen kunnan terveydenhuollossa, että sen epäiltiin olevan haaste integraation jatkumolle. Eräs haastateltava kertoi, että vaikka hän saisi tarkemmat tiedot ja ohjeet jonkin somaattisen pulman ratkaisemiseksi perusterveydenhuollossa omassa työssään, hän ei välttämättä enää muista sitä seuraavan kerran kun kyseinen somaattinen aihe tulee uudelleen vastaan. Toinen haastateltava pohti samaa ongelmaa vähäisten potilasmäärien näkökulmasta. Liian pienet volyymit eivät välttämättä tuokaan haluttua säästöä tai lisää tehokkuutta terveydenhuoltojärjestelmässä. Toimintamallina palveluiden integraatio erikoissairaanhoidosta perustasolle vaatisi siis integroimista useammalla erikoisalalla, jotta päästäisiin kustannussäästöihin. Uudet toimintamallit ja uudet työtehtävät synnyttävät myös usein vastarintaa muutosta kohtaan. Henkilöstön epäiltiin kokevan, etteivät he perusterveydenhuollossa jaksa, ehdi tai halua ottaa vastuulleen uusia erikoissairaanhoidosta integroituvia työtehtäviä. Kaksi haastateltavaa kuudesta näki myös teknologian tuomat erityispiirteet haasteena yhteistyölle ja integraatiolle. Terveydenhuoltojärjestelmässä tietoturvariskit on aina otettava huomioon ja teknologiaratkaisuille on aina oltava mietittynä varajärjestelmä, jos tekniikka syystä tai toisesta pettää. Kaksi haastateltavaa ei nähnyt yhteistyön kehittämisessä tai palveluiden integroimisessa mitään estettä tai haastetta. Heidän mielestään ne ovat täysin toteutuskelpoisia ja aina voidaan palata entiseen, jos ratkaisu tuntuukin jälkikäteen huonolta.

”Ja sitten se meillä vaihtuva henkilökunta, se on ehkä suurin, eli yleensäkin vaihtuvuus, ja unohtaminen, ja liian harvoin jonkun asian tekeminen, nehän ne on varmaan se meidän ongelma, että ei olla aina niinkö skarppeina miten joku asia menee.”

”Jos vaikka esimerkkinä sanon, jos mä olen siinä epävarma (astmatutkimukset), mielellään teen siinä varmaan lähetettä, koska jos mä saan vaikka enemmän tietoa ku muuten, saattaa olla että seuraava tapaus tulee vaikka kahden vuoden kuluttua. Mä olen kaikki jo unohtanut sitten.”

”No siis varmaan periaatteessa, etelässä varmaan (voi saada säästöjä), minä en ole ihan varma onnistuuko se just meidän alueella.”

”Kyllähän varmasti vielä saattaa löytyä henkilöstöstäki täältä meiltäki jotka saattaa kokea sen, että hui että pitää ottaa niin paljon lisätehtävää, lisää vastuuta. Sekin voi olla yksi sellainen, että kokee sen että en jaksakaan, mulle ei aika riitä tai en halua ottaa vastuuta.”

”Minusta kans tämän on loistava, eihän tässä oo mittään estettä.”

Aineistosta nousseet haasteet palveluiden integraatiolle ja vertikaaliselle yhteistyölle koskettivat lähinnä mikrotasoa. Makrotason haasteisiin, kuten lainsäädäntöön, kukaan ei varsinaisesti ottanut kantaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen suhteen tunnutaan olevan odottavalla mielellä. Mesotason haasteet, kuten muutosjohtamiseen tai organisaation omaan hallintoon, ei myöskään aineistossa otettu kantaa. Mikrotason eli palvelutuotannon tason haasteista yhtäläisiä tuloksia löytyy esimerkiksi Virtasen ym. (2017) tutkimuksen kanssa, jossa palveluintegraation haasteiksi mainitaan professioiden erilaiset ammatilliset tietopohjat, toimintamallit sekä arvot. Nämä voivat kaikki johtaa tuloksista esille nousseen muutosvastarintaan eli uusia työtehtäviä ei uskalleta tai haluta ottaa vastaan. Tietynlainen organisaatiokulttuuri voi haastaa muutosta. Yhteistyön ja integraation suunnittelu vaatii kokemusta projektihallinnasta ja henkilöstöjohtamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla johtamiskulttuuri voi olla eräänlainen riski uudistusten toteuttamiseen. Haastattelut eivät nähneet minkäänlaista riskiä palvelujen käyttäjiin liittyen. Virtasen ym. (2017, 19) mukaan kommunikaatiohaasteet asiakkaiden kanssa voivat olla riskinä. Aineistosta

löytyi myös positiivista asennetta, useat haastateltavat eivät nähneet integraatiolle sekä yhteistyölle mitään haastetta tai estettä. Aineiston perusteella jäi kokonaisuudessaan tunne kehittämishalusta ja motivaatiosta muutosta kohtaan. Ammattilaiset ovat selkeästi havainneet tietyt epäkohdat tai kehittämiskohteet työssään ja toivovat organisaatiolta mahdollisuutta lähteä näitä ratkaisemaan.

Auschan (2018) mukaan esteitä integraatiolle voi olla joko aktiivisesti kehiteltyjä tai passiivisesti ilmestyneitä. Aktiivisesti kehitelty esteet aktivoituvat sellaisten henkilöiden toimesta, jotka haluavat estää muutoksen tai säilyttää jonkin vanhan toimintamallin. Vaikka aineistossa puhuttiin muutosvastarinnasta, ei tällaisesta esteiden aktiivisesta kehittelystä noussut epäilyä. Passiivinen este puolestaan on esimerkiksi hallinnollinen tai rakenteellinen este integraatiolle. Tällaiseksi voisi luokitella esimerkiksi aineistosta noussut pelko integraation jatkumosta vähäisten potilasmäärien vuoksi. Samoin henkilöstön vaihtuvuus on sellainen este, joka vain tapahtuu eikä sille kovin paljon ole tehtävissä. Työolosuhteisiin panostamalla tietysti voidaan vaikuttaa tähän myönteisesti, mutta luonnollista vaihtuvuutta on aina. Esteiden esiintyminen voi aktivoida toisen esteen ilmaantumisen jollekin toiselle järjestelmän tasolle, joten esteiden poistamiseen tai niiden ennaltaehkäisyyn on syytä kiinnittää huomiota. (Auschan 2018, 5-6, 8-10.) Siksi esimerkiksi Lapin kuntien vähäiseen potilasmäärään on hyvä suhtautua realistisesti, etenkin jos kustannussäästöjä tavoitellaan integraation ja yhteistyön avulla. Tämä on esimerkiksi yksi peruste laajentaa integroituja toimintamalleja sekä yhteistyömuotoja muillekin erikoisaloille. Nämä on myös suunniteltava toimiviksi henkilöstön vaihtuvuus huomioiden, ettei järjestelmä onnu heti ensimmäisen poissaolon tai sijaisuuden ilmaantuessa toimialueelle. Muutosjohtamiseen perehtymisen kannattaa ja tällä voidaan ennakoida henkilöstöjohtamiseen ilmaantuvia haasteita palveluiden integraatiossa. Jatkuva palautteen kerääminen sekä toiminnan arviointi edesauttaa myös tulevien esteiden ja haasteiden ratkomista. Pisimmälle kuitenkin kuljettaa positiivinen asenne ja sitä tuntui perusterveydenhuollosta löytyvän.

6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten yhteenveto

Tutkimustehtävänä oli vastata kysymykseen, millaista erikoissairaanhoidon tukea perusterveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset, tarkemmin neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksessa työskentelevät, kokevat tarvitsevansa. Lisäksi oli tarkoitus kuvata, miten vertikaalisen yhteistyön avulla lasten somaattisten sairauksien erikoissairaanhoidon palveluita voidaan integroida terveydenhuollon perustasolle. Perusteet erikoissairaanhoidon tuen järjestämiselle nousivat hallitusohjelman tavoitteen mukaisesti tarpeesta parantaa lapsiperheiden palveluita tarjoamalla palvelut oikea-aikaisesti, saumattomasti ja sujuvasti liittyen erityisesti pitkiin välimatkoihin ja palveluiden tasavertaisuuteen pienillä paikkakunnilla. Ammattilaisten välinen yhteistyö oli moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta vielä melko pinnallista ja yhteistyön rajapinnat perustuivat tiedon jakamisen tarpeeseen asiakaspalvelutilanteessa.

Perusterveydenhuollon tarpeet erikoissairaanhoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyivät vahvasti tiedon ja osaamisen laajentamiseen. Näiden kautta tavoitellaan hoidon laadun tasavertaisuutta. Lasten somaattisten sairauksien hoitoon liittyen tietoa on saatavilla hyvin, mutta ammattilaiset toivoivat tiedon jakamisen kehittämistä yhteistyön menetelmin. Alueelliset koulutukset erikoissairaanhoidon toteuttamana, etäkoulutukset ja yhteistyöpäivät nousivat vahvasti esille aineistossa. Yhteiset koulutukset toimivat hyvänä alustana tiimityön ja yhteisen jaetun tiedon sekä osaamisen rakentumiselle. Osaamisen laajentamisen näkökulmasta sekä vuorovaikutuksen ja yhteistyön dialogisuuden lisääntymiseksi tutustumiskäynnit erikoissairaanhoidon yksikössä koettiin toivottavana. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta puolestaan jatkohoitoon liittyvät yhteispalaverit nähtiin yhtenä kehityskohteenä. Yhteistyöllä nähtiin hyötyjä sekä ammattilaisten yhteistyölle että lapselle tai nuorelle ja hänen perheelleen. Yhteistyöllä saavutettaisiin osaamista ja parempaa hoidon laatua sekä jatkuvuutta. Nämä perusterveydenhuollon yhteistyön tarpeet tukevat palveluiden integraatiota, jotta palveluista saataisiin yhtenäisiä palvelukokonaisuuksia.

Organisaatioissa voi olla hyvin erilaiset toimintakulttuurit ja käytänteet. Ammattilaisten välisen yhteistyön kehittäminen edellyttää tällaisten kulttuuristen rajojen ylityksiä ja rohkeutta kokeilla uusia toimintamalleja. Aineistosta sai vaikutelman positiivisesta asenteesta

ja motivaatiosta yhtenäistää toimintamalleja läpi järjestelmän tasojen. Erikoissairaanhoito koettiin ohjaavana järjestelmän tasona ja perusterveydenhuolto oli kiinnostunut yhtenäistämään myös hoidon sisältöä. Yhteistyön tarve perustui myös hoitokäytänteiden ja esimerkiksi erilaisten terveydenhuollon tutkimusmenetelmien osaamisen jakamiselle. Tämän hetken yhteistyön rajapintojen lisäksi perusterveydenhuoltoon kaivattiin hyvin konkreettista päivittäiseen työhön liittyvää kollegiaalista tukea. Olemassa olevat yhteistyökäytännöt eivät vastaa tällaiseen tuen tarpeeseen. Pieniltä tuntuissa haasteissa yhteyttä ei uskalleta tai huomata edes pyytää erikoissairaanhoidosta. Tällainen erityisosaamisen laajentaminen perusterveydenhuoltoon sekä hoitokäytänteiden yhtenäistäminen ovat uutta tutkimustietoa ammattilaisten näkökulmasta, ja liittyvät hoitotyön sisältöön. Toisin kuin useissa aiemmissa tutkimuksissa puolestaan painottui asiakasnäkökulma ja integraatiolla sekä yhteistyöllä tavoiteltiin palveluiden sujuvoittamista järjestelmän rakennemuutoksilla. Palveluiden integraatiossa ammattilaisilta nouseva tarve vertikaaliselle yhteistyölle on edellytys integraation onnistumiselle. Hoidon sisällölliset yhtenäistämistarpeet ovat tutkimuksellisesti uusi näkökulma palveluiden integraatiolle.

Perusterveydenhuollon yhteistyö kuvailtiin olevan nykytilanteessakin joko kiireetöntä tai kiireellistä konsultointia. Ammattilaiset kuvasivat tulevia tarpeitakin kiireellisyyden perusteella eli akuutit asiat haluttiin edelleen voivan hoitaa nopeasti soittamalla. Sen sijaan kiireettömään konsultointiin tai erikoissairaanhoidon tukeen kaivattiin erilaisia tukimuotoja. Konkreettisina esimerkkeinä nousi aineistosta lastensairaanhoitajan puhelintuki perusterveydenhuoltoon sekä nimetty hoitaja, joka vastaisi perusterveydenhuollon kanssa käytävästä, ei kiireellisestä yhteistyöstä. Lastenlääkärien puhelinpäivystykseen oltiin tyytyväisiä ja se haluttiin säilyttää ennallaan. Sekä lastensairaanhoitajan puhelintuen että nimetyn perusterveydenhuollosta vastaavan hoitajan hyötynä nähtiin helppo lähestyttävyyys ja etenkin hoitajien työnkuvassa kollegiaalinen keskustelu ensin saman ammattiryhmän edustajan kanssa, jonka jälkeen voitaisiin konsultoida tarvittaessa lääkäriä. Tästä arveltiin hyötyvän myös erikoissairaanhoidon, sillä nimetyn hoitajan kautta informointi erikoissairaanhoidon asioista kulkisi kattavasti kaikkiin perusterveydenhuollon yksiköihin samaa yhteistyökanaavaa pitkin. Yhteistyön kannalta ammattilaiset pohtivat tuen tarpeita ilahduttavasti myös yhteistyökumppanin näkökulmasta ja sitä, miten yhteistyö saataisiin molemmille osapuolille hyödylliseksi.

Vertikaalisen yhteistyön ja palveluiden integraation menetelmiksi nousivat aineistosta erilaiset digitaaliset ratkaisut sekä etäpalvelut. Ammattilaiset olivat hyvin tietoisia jo olemassa olevista digitaalisista mahdollisuuksista yhteistyön ja erikoissairaanhoidon tuen järjestämiseen. Etäpalveluiden koettiin jo nyt lisääntyneen merkittävästi ja niissä nähtiin potentiaalia myös palveluiden integroimiseksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollossa esitettiin mahdolliseksi suorittaa joitain erikoissairaanhoidon palveluitakin osittain tai kokonaisuudessaan integroituna perusterveydenhuollon yksikköön. Esimerkiksi kontrollikäyntien toteuttaminen perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon tuella, tai erikoissairaanhoidon etänä osallistumalla, nähtiin mahdollisena integroituna palveluna.

Ammattilaisten välisen yhteistyön kehittämisellä sekä erikoissairaanhoidon palveluiden integroimisella perusterveydenhuoltoon nähtiin saavutettavan hyötyä organisaatiolle, terveydenhuoltojärjestelmälle ja yhteiskunnalle. Organisaatio ja terveydenhuoltojärjestelmä hyötyisivät toiminnan tehostumisella, kun päällekkäisiä toimintoja poistuisi ja palvelut toimitusjono sujuvammin. Yhteiskunnalle tämä toisi säästöä. Ammattilaisille yhteistyön kehittäminen tuo verkostoitumisen mahdollisuuksia ja lisää varmuutta omaan työhön. Tiedonkulun parantuessa ja osaamisen laajentuessa myös hoidon laatu paranisi ja olisi tasavertaisempaa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö parantaisi hoidon jatkuvuutta ja sillä nähdään olevan selkeää terveyshyötyä asiakkaalle. Ammattilaisten välinen yhteistyö toimii myös sairauksia ennaltaehkäisevänä sekä terveyttä edistävänä ja ylläpitävänä tekijänä.

Henkilöstöön ja resursointiin liittyvät vaatimukset nousivat aineistosta sekä edellytyksenä että haasteena palveluiden integroimiselle erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Ammattilaisten yhteistyö ja palveluiden integrointi vaativat sekä taloudellista että henkilöstöresurssia. Kun painopistettä pyritään siirtämään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, myös resurssien suuntaamista on kohdennettava uudelleen. Erikoissairaanhoidon tuen järjestäminen vaatii henkilöstöresurssia, jotta se voi toimia onnistuneesti. Yhteistyön kehittämiseen aineistossa toivottiin resursoitavan aikaa suunnitella ja toteuttaa moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyön kehittyminen vie aikaa, eikä synny itsestään. Haasteena palveluiden integraatiolle nähtiin osaamisen riittämättömyys ja muutosvastarinta. Osaamisen ylläpitämisen haaste ovat harvat toistomäärät sekä henkilökunnan vaihtuvuus. Muutosvastarinta nousi myös aineistossa esiin ja siihen on syytä valmistautua muu-

tosjohtamisen vahvistamisella yhteistyötä ja integraatiota kehitettäessä. Ammattilaisten toimiva vertikaalinen yhteistyö on kuitenkin onnistuneen palveluiden integraation ehdoton edellytys. Nämä ammattilaisilta nousseet tarpeet ovat siis tärkeässä roolissa jatkosuunnittelua varten.

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessa on tuotettu tietoa ja kuvattu tutkimuskohteena ollutta ilmiötä. Tutkimus tuottaa tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon konsultaatio- ja tukimuotojen järjestämiseksi. Tutkimustieto on tuotettu ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostivat palveluiden integraation ja vertikaalisen yhteistyön käsite. Olen pyrkinyt kuvaamaan näitä käsitteitä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan näkökulmasta erityisesti peilaten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön. Tutkimus tuottaa tietoa hallitusohjelman tavoitteeseen lapsi- ja perheystävällisyyden edistämiseksi ja siellä erityisesti lapsiperheiden palveluiden parantamiseksi. Tutkimus tuottaa tietoa myös hallitusohjelman erityistason tuen järjestämisen tavoitteeseen terveydenhuollon painopisteen siirtämiseksi erikoissairaanhoidosta perustasolle. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla millaisia vertikaalisen yhteistyön tarpeita perusterveydenhuollossa on lasten somaattisten sairauksien hoidossa palveluiden integraation näkökulmasta. Vertikaalisella yhteistyöllä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös kuvailla miten näihin yhteistyön tarpeisiin voidaan vastata. Tutkimustulosten perusteella ilman ammattilaisten toimivaa vertikaalista yhteistyötä ei palveluiden integraatio voi toteutua onnistuneesti. Palveluiden integraatio edellyttää ammattilaisten yhteistyön näkökulman tarkastelua ja heidän tarpeidensa määrittelemistä.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että yhteistyön rajapinnat perustuvat tällä hetkellä asiakastyön tarpeisiin. Yhteistyön tarpeet tiivistyivät tiedon jakamisen ja osaamisen laajentamisen ympärille. Moniammatillisesta näkökulmasta yhteistyötä haluttiin kehittää enemmän kollegiaaliseksi tueksi, rakentamalla yhteistä jaettua tietoa sekä osaamista hoidon laadun sekä jatkuvuuden takaamiseksi. Toimintamalleja ja hoitokäytänteitä haluttiin yhtenäistää hoidon tasavertaisuuden lisäämiseksi. Tietoa ja osaamista toivottiin jaettavan yhdessä alueellisten

koulutusten ja yhteistyöpalavereiden avulla. Tutkimustulosten mukaan keskeisimmiksi erikoissairaanhoidon tuen kehittämiskohteiksi nousivat olemassa olevan puhelinkonsultoinnin, ja uutena myös lastensairaanhoidajan järjestämän puhelinkonsultoinnin, kehittäminen. Myös perusterveydenhuollon vastuuhoidajan nimeäminen erikoissairaanhoidon yksiköön nousi esiin konkreettisen tuen järjestämisen esimerkkinä. Palveluiden integroimisesta menetelmiksi konkretisoituivat erilaiset digitaaliset mahdollisuudet sekä etäpalvelut. Yhteistyön kehittämisellä sekä palveluiden integroimisella nähtiin tuotettavan hyötyä niin asiakkaalle kuin ammattilaisille, organisaatiolle sekä laajemmin myös koko terveydenhuoltojärjestelmälle ja yhteiskunnalle. Ammattilaisen näkökulmasta verkostoituminen ja oman osaamisen varmistaminen olivat keskeisimmät edut yhteistyössä. Haasteena yhteistyön ja integraation kehitystyölle nähtiin taloudelliset ja henkilöstöön liittyvät resurssit sekä henkilöstön vaihtuvuus ja lasten somaattisten sairauksien harva esiintyvyys perusterveydenhuollossa. Myös muutosvastarinta uusia työtehtäviä kohtaan nähtiin mahdollisena haasteena etenkin palveluiden integroimisessa perustasolle.

Hallintotieteen näkökulmasta palveluiden integraatiota ja ammattilaisten yhteistyötä voidaan tarkastella palvelutieteen kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden on pystyttävä monipuoliseen ja luovaan vuorovaikutukseen suoritustason ylläpitämiseksi. Palveluiden integraatio kytkeytyy tähän näkökulmaan ja ammattilaisten yhteistyö on osa tätä vuorovaikutusta. Palveluiden integraatio on jatkumoa palvelutieteen niin kutsutulle kolmannelle sukupolvelle, jossa julkiset palvelut tuotetaan parhaimmillaan uuden julkisen hallinnon mukaisesti yhteistuotantona (Harisalo 2013). Tutkimus ei varsinaisesti tarkastele aihetta yhteistuotannon näkökulmasta, vaan yhteys kolmanteen palvelutieteen sukupolveen löytyy näkökulmasta tarkastella palveluorganisaatioita niiden riippuvuuksien kautta järjestelmäympäristöön. Palvelutieteen näkökulma korostaa palveluiden integraation edellyttämää yhteistyötä sekä palveluiden tarkastelemista kokonaisuuksina. Tutkimus tukee terveydenhuoltoalan suuntaamista pois sektorimaisesta hierarkkisesta palvelujärjestelmästä kohti yhtenäistä palvelujärjestelmää, joka perustuu ammattilaisten yhteistyöhön ja jaettuun tietoon sekä osaamiseen. Tällä saavutetaan palveluiden oikea-aikaisuus, saumattomuus ja sujuvuus asiakkaalle. Olennaista on tavoitella toiminnan tehostamisen lisäksi myös palveluiden laatua. Tutkimuksellisesti uutena ilmiönä esiin noussut tarve hoidon sisällön yhtenäistäminen tukee hoidon laadun kehittämistä. Samanaikaisesti päällekkäisten toimintojen poistaminen palvelujärjestelmästä lisää tehokkuutta ja tuo säästöä.

Tutkimustulokset ovat tutkimuksen toimeksiantajan, Lapin sairaanhoitopiirin, hyödynnettävissä ammattilaisten välisen yhteistyön kehittämisessä ja palveluiden integroimisessa. Tuloksista nousevat yhteistyön ja integraation mallit sekä menetelmät ovat konkreettisia esimerkkejä lasten somaattisten sairauksien hoidon kehittämiseksi, mutta niitä voidaan soveltaa myös muille erikoisaloille tai muihin sairaanhoitopiireihin. Tutkimusaineisto oli kuitenkin suhteellisen pieni, kuusi haastateltavaa, jotka kaikki toimivat saman perusterveydenhuollon yksikön, Muonio-Enontekiö alueen perusterveydenhuollon toimipisteissä. Tutkimustuloksissa pienen aineiston vuoksi tulosten tulkinta perustuu tutkijan ja haastateltavien näkemyksiin, jotka eivät välttämättä vastaa kaikkien yksiköiden tai erikoisalojen näkemyksiä aiheesta. Tutkimus lisää ymmärrystä ammattilaisten vertikaalisen yhteistyön merkityksestä palveluiden integraatiossa tutkitavan tapauksen tarkastelun kautta. Tutkimuksellisesti merkittävää on avata keskustelu ammattilaisten näkökulmasta palveluiden integraatioon ja ammattilaisten väliseen yhteistyöhön laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla mielenkiintoista tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä laajemmalla otannalla esimerkiksi koko sairaanhoitopiiriä tai jopa valtakunnallisesti ajatellen. Palveluiden integraation näkökulmasta olisi myös mielenkiintoista tutkia erilaisia jo käytössä olevia yhteistyön ja integraation menetelmiä sekä vertailla niiden hyötyjä ja haasteita. Integraatiotutkimuksessa tähän saakka on korostunut asiakasnäkökulma sekä hallinnollisten rakenteiden uudistaminen. Tutkimustietoa tarvitaan enemmän käytännön tason integraatiosta eli toiminnallisesta integraatiosta ja sen soveltamisesta erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin. Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta tutkimuksellisesti kiinnostavat myös ammattilaisten kokemukset yhteistyöstä. Kiinnostavaa olisi vertailla esimerkiksi yhteistyön ja integraation kehittämisen näkökulmasta johtajien kokemuksia verrattuna asiakasrajapinnassa työskenteleviin ammattilaisiin.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0.* (2.painos). Tampere: Vastapaino.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care* 18(1):5, 1-14.
- Bihari Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care* 23(4), 320-330.
- Breton, M., Wankah, P., Guillette, M., Couturier, Y., Belzile, L., Gagnon, D. & Denis, J-L. (2019). Multiple Perspectives Analysis of the Implementation of an Integrated Care Model for Older Adults in Quebec. *International Journal of Integrated Care* 19(4):6, 1-13.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *Handbook of Qualitative Research* (s. 1-18). California, the United States of America: Sage Publications.
- Eräsaari, R. (2008). Konteksti. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.), *Tapaustutkimuksen taito* (s. 149-170). (2.painos). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Eskola, J., Lähti, J. & Vastamäki, J. (2018). Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas. Teoksessa Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 24-46). (5.painos). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care* 16(4):6, 1-4.
- Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi 16/2018.
- Hallitusohjelma (2020). ”Suomi on entistä tasa-arvoisempi ja yhdenvertaisempi maa, jossa luottamus lisääntyy ja jokainen ihminen on arvokas” 3.6 Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi. Osoitteessa: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>. Viitattu 20.3.2020.

Halme, S. & Tiirinki, H. (2019). *Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla*. Työpaperi 27/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Harisalo, R. (2013). Palvelutiede – palveluyhteiskunnan uusi mahdollisuus. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo, R. & Stenvall, J. (toim.), *Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana – Kansainvälinen vertailu* (s. 32-54). Tampere: Suomen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Heinonen, O.-P., Ikonen, A.-K., Kaivosoja, M. & Reina, T. (2018). *Yhdyspinnat yhteiseksi mahdollisuudeksi. Selvitys lapsi-, nuoriso- ja perhepalveluiden toteuttamiseen liittyvistä yhdyspinnoista muuttuvassa toimintaympäristössä*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 8/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hietapakka, L., Juujärvi, S., Kaihlanen, A.-M., Laulainen, S. & Sinervo, T. (2020). Lähihoitajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edellyttämästä osaamisesta asiakastyössä. *Yhteiskuntapolitiikka* 85:5-6, 480-493.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. (15.painos). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hogan, T., Lemak, C., Ivankova, N., Hearld, L., Wheeler, J. & Menachemi, N. (2018). Hospital Vertical Integration Into Subacute Care as a Strategic Response to Value-Based Payment Incentives, Market Factors, and Organizational Factors: A Multiple-Case Study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* vol 55, 1-9.

Jolanki, O., Tynkkynen, L.-K. & Sinervo, T. (2017). Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care* vol 25:4, 247-255.

Joronen, K., Kanste, O., Halme, N., Perälä, M.-L. & Pelkonen, M. (2018). *Lasten ja nuorten terveyttä, hyvinvointia, kasvua ja oppimista edistävien palvelujen integraatiota tukevat toimet eri maissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 35/2018.

Kaattari, A., Tiirinki, H., Turkki, L., Nordström T. & Taanila, A. (2015). Perusterveydenhuollon palveluiden suurykäyttäjä Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52, 191-201.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A.

(toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (s. 12-31). Helsinki: Gaudeamus.

Keskimäki, I., Sinervo, T. & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama* vol 4:4, 491-735.

Koivisto, J., Pohjola, P., Lyytikäinen, M., Liukko, E. & Luoto, E. (2016). *Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen – Innokylän innovaatiokatsaus*. Työpaperi 32/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kuorilehto, R. (2014). *Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä. Monitahoarviointi Q-metodologialla*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Laki kunnasta 410/2015.

Laki terveydenhuollosta 1326/2010.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (2008). Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.), *Tapaustutkimuksen taito* (s. 9-38). (2.painos). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Lapin sairaanhoitopiiri (2021). Organisaatio ja hallinto. *Lapin sairaanhoitopiirin sivusto*. https://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Organisaatio_ja_hallinto. Viitattu 29.3.2021.

Malin, N. & Morrow, G. (2007). Models of interprofessional working within a Sure Start “Trailblazer” Programme. *Journal of Interprofessional Care* 21(4), 445-457.

Mertsola, J., Talvenkorpi, H., Santanen, J. & Tapiola, M. (2017). Poislähtettämisen kulttuurista kohti aitoa osallisuutta! Vertikaalinen integraatio lasten, nuorten ja perheiden erityis- ja vaativan tason palvelujen LAPE-työpajoissa 2016. Teoksessa Kaukonen, P., Malja, M., Petrelius, P., Rajala, R., Tapiola, M., Mäkelä, J. & Hastrup, A. (toim.) *Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportit – Osana Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa* (s. 39-51). Työpaperi 26/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 215-240). Tampere: Tampere University Press.

Punch, M. (1994). Politics and Ethics in Qualitative Research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *Handbook of Qualitative Research* (s. 83-97). California, the United States of America: Sage Publications.

Rautiainen, P., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2020). Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen –virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 15-46). Tampere: Tampere University Press.

Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. (2011). *An overview of integrated care in the NHS - What is integrated care?* London: Nuffield Trust.

Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health & Development* 30(6), 571-580.

Stake, R. (1994). Case Studies. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *Handbook of Qualitative Research* (s. 236-247). California, the United States of America: Sage Publications.

Strobel, S. & Harpin, S. (2020). Increasing healthcare access for at-risk youth: How interprofessional collaboration works in population health. *Journal of Interprofessional Education & Practice* 19, 1-4.

Särkikangas, U. & Tapiola, M. (2017). Horisontaalinen integraatio: lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentely erityis- ja vaativimman tason näkökulmasta. Teoksessa Kaukonen, P., Malja, M., Petrelius, P., Rajala, R., Tapiola, M., Mäkelä, J. & Hastrup, A. (toim.) *Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaproessin raportit – Osana Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa* (s. 54-66). Työpaperi 26/2017. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Taskinen, H. & Hujala, A. (2020). Integraatio – sosiaali- ja terveystieteiden uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 47-76). Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (6.painos). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Tynkkynen, L.-K., Saloranta, A. & Keskimäki, I. (2016). Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa Sinervo, T., Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä* (s. 33-44). Raportti 16/2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valentijn, P. (2015). Rainbow of Chaos: A study in to the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *International Journal of Integrated Care* 16(2):3, 1-4.
- Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13, 1-12.
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. (2017). *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017.
- Ylitalo-Katajisto, K., Törmänen, O., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2018). Profiling Frequent Attenders to Social and Health Care Services from the Perspective of Knowledge-Based Management. *International Journal of Caring Sciences* 11:1, 371-378.
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019). *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.